



Centro Universitário de Brasília

Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde

A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA ANÁLISE SOB A
PERSPECTIVA DA TEORIA DA SUBJETIVIDADE

Mariana dos Reis Veras

Brasília

2017

Mariana dos Reis Veras

A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA ANÁLISE SOB A
PERSPECTIVA DA TEORIA DA SUBJETIVIDADE

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luís González Rey

Brasília

2017

Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde

A dissertação "A medicalização do sofrimento psíquico: uma análise sob a perspectiva da Teoria da Subjetividade", elaborada por "Mariana dos Reis Veras", foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Brasília, DF, 28 de abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Tânia Inessa Martins Resende

Valéria Deusdará Mori

Fernando Luís González Rey

Agradecimentos

Ao meu pai, sempre presente no caminho da minha realização pessoal e profissional, pelo seu incentivo e por ensinar o compromisso ético e social que toda profissão deve ter.

À minha mãe, pela sua determinação e coragem, fonte de inspiração para mim.

Aos meus irmãos, pela cumplicidade e carinho.

Ao Rafael, pelo companheirismo, confiança e constante incentivo nessa jornada.

À Íria Martins, que dá suporte e motivação para a concretização dos meus sonhos.

Aos meus colegas de trabalho, que compartilharam os momentos difíceis, sendo uma fonte de apoio e descontração nesse processo.

À Soraya Souza, pela disponibilidade e apoio, que contribuiu para a realização desta dissertação.

À Lislly Telles, colega e amiga querida, que despertou a vontade de realizar o mestrado, acolhendo e incentivando em todos os momentos.

À Tânia Inessa, pela sua paixão pela saúde mental e por aceitar participar da construção desse trabalho.

À Valéria Mori, sempre disposta a ouvir as ansiedades e dúvidas de seus alunos, colaborou para o meu melhor desempenho e foi muito importante durante este percurso.

Ao querido Professor Fernando González Rey, pela inestimável contribuição na construção do pensamento psicológico. Nosso encontro permitiu abrir novos caminhos para produção de conhecimento, numa jornada incrível, transformando minha visão de mundo. Minha gratidão!

Um agradecimento especial à colaboradora desta pesquisa, por sua importante e rica contribuição, aceitando que suas vivências fizessem parte deste estudo. Mais do que isso, pelo aprendizado de que “tornar-se sujeito” é um processo contínuo e amoroso no desenvolvimento da própria vida.

Resumo

Esta dissertação teve como objetivo compreender as produções subjetivas relacionadas ao processo de medicalização do sofrimento psíquico a partir do referencial teórico da Teoria da Subjetividade, postulada por González Rey (2003). Trata-se de uma alternativa aos modelos hegemônicos atuais de atenção à saúde na compreensão complexa das questões implicadas nos processos de saúde e doença, a partir da concepção de subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural. A análise das informações se deu por meio de um estudo de caso, apoiada nos princípios da Epistemologia Qualitativa, que concebe a produção de conhecimento enquanto processo construtivo-interpretativo, singular e dialógico. O estudo foi realizado em uma clínica de psicologia da rede privada do Distrito Federal. Nesse estudo, por meio de sistemas conversacionais e completamento de frases, foi possível explicar os processos subjetivos que se organizam no desenvolvimento de um transtorno psíquico e avançar na compreensão do caráter subjetivo da medicalização e na representação do medicamento enquanto produção subjetiva. Com base na construção das informações, avançamos na compreensão do transtorno mental como uma configuração subjetiva de sentidos diversos, relacionados à história de vida, ao contexto atual e à cultura na qual a pessoa se desenvolve e não como condição da pessoa. Entendemos que a construção teórica como forma de representar o transtorno mental pode favorecer a elaboração de estratégias na prática psicoterápica, que permitam ao sujeito novas produções subjetivas por meio de reflexões e ações direcionadas à reconfiguração subjetiva de seu mal-estar. A partir das informações e construções do estudo de caso, reconhecemos a emergência do sujeito e a mudança no modo de vida como fatores essenciais na evolução favorável do adoecimento psíquico e de importante contribuição à saúde. A medicalização está configurada na condição subjetiva da pessoa que sofre o adoecimento psíquico e na subjetividade social dos processos de saúde e doença nos espaços em que a pessoa está inserida. No curso da pesquisa, foi possível analisar que o medicamento aparece subjetivado através de múltiplos sentidos subjetivos, que se integram na experiência do adoecimento. Na compreensão do caráter subjetivo da medicalização, avançou-se em uma representação do medicamento enquanto produção subjetiva. O valor heurístico do modelo teórico desenvolvido na pesquisa reside na inteligibilidade sobre as formas concretas em que o processo de medicalização repercute na vivência do sujeito.

Palavras-chave: medicalização, sofrimento psíquico, subjetividade.

Abstract

The objective of the present study was to comprehend the subjective productions related to the process of medicalization of psychic suffering using the theoretical reference of the Theory of Subjectivity, postulated by González Rey (2003). It is about an alternative to current hegemonic models of health care in the complex understanding of the implicated issues involved in health and illness processes, from the conception of subjectivity in a historical-cultural perspective. A case study was used for the analysis of the information, supported by the principles of the Qualitative Epistemology, which conceives knowledge production whilst a constructive-interpretative, singular and dialogical process. The study was carried out in a private psychology clinic in Distrito Federal. Through conversational dynamics and phrases complement, it was possible to explain the subjective processes that organize themselves in the development of a psychic disorder and to advance in the understanding of the subjective feature of medicalization and in the representation of the medicament as a subjective production. Based on the construction of the information, there are advances to the understanding of mental disorder as a subjective configuration of different senses, related to the life history, actual context and the culture in which the person develops in and not as a condition to the person. The theoretical construction as a way of representing mental disorder can favor the elaboration of strategies in the psychotherapeutic practice that allows the subject new subjective productions through reflections and actions directed to the subjective reconfiguration of its malaise. From the information and construction of the case study, it can be acknowledged that the emergence of the subject and the change in its way of life are essential factors in the favorable evolution of the psychic illness and important contribution to its health. The medicalization is configured in the subjective condition of the person who suffers from psychic illness and in the social subjectivity processes of health and illness in the spaces where the person is inserted. Throughout the research, it was possible to analyze that the medicament appears subjectivated through multiple subjective senses, which are integrated in the experience of illness. In understanding the subjective feature of medicalization, there was progress in the representation of the medicament as a subjective production. The heuristic value of the theoretical model developed in the research resides in the intelligibility of the concrete ways in which the medicalization process echoes in the experience of the subject.

Keywords: medicalization, psychic suffering, subjectivity.

Sumário

Capítulo Teórico.....	9
Medicalização Psiquiátrica do Sofrimento Humano	13
Teoria da Subjetividade.....	21
Subjetividade Social e Medicalização	23
Sujeito e Subjetividade: Sua Importância para o Estudo da Saúde Humana.....	30
Objetivos da Pesquisa.....	32
Objetivo Geral:	32
Objetivos Específicos:	32
Capítulo Epistemológico e Metodológico	33
Epistemologia Qualitativa	33
Construção do cenário de pesquisa	43
Participante – Estudo de Caso	44
Instrumentos	46
Análise e Construção da Informação.....	50
Breves Considerações Iniciais.....	50
Construções a partir das Informações de Helena	51
Configuração subjetiva do sofrimento psíquico	56
O Processo de Mudança: A Emergência do Sujeito	66
Medicalização do Sofrimento Psíquico e Subjetividade	72
Saúde Mental e Modo de Vida	85
Considerações Finais.....	92
Referências Bibliográficas	97
Anexos.....	100
Anexo I.....	100
Anexo II.....	103

Capítulo Teórico

Nas últimas décadas, especialmente a partir da década de 70 do século XX, tem havido uma crescente análise sobre o fenômeno da medicalização, demonstrada a partir das publicações no campo das ciências humanas e sociais, que apontam para a relevância e a atualidade que esse fenômeno vem adquirindo nos mais diversos contextos da vida humana. De maneira geral, os estudos referentes ao tema utilizam o termo “medicalização” para se referir à ampliação dos problemas cotidianos que são compreendidos em termos médicos e a intensificação do uso de medicamentos como uma de suas principais manifestações. Para Gaudenzi & Ortega (2012, p. 1), a maioria dos estudiosos sobre o tema se preocupou em denunciar a “crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam, criando conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de determinadas doenças e, portanto, da necessidade de controle e terapêutica das mesmas”.

Nesse tópico, apresentaremos os significados atribuídos ao termo, a partir das contribuições de referência dos autores Peter Conrad, Ivan Illich e Irving Zola, pelo destaque e repercussão que suas obras representaram para o estudo da medicalização, já no início da década de 70.

Medicalização é um conceito, inicialmente, desenvolvido pelo sociólogo norte-americano Irving Zola, em 1972, que designa a expansão da jurisdição médica para novos domínios, se ocupando de problemas de ordem espiritual/moral e legal/criminal e assumindo também a função de controle social, antes exercida pela Igreja e pela lei (Aguilar, 2004). Em seu artigo intitulado *Medicine as an institution of social control*, Zola (1972) afirma que a Medicina se configura como um novo repositório da verdade, refletindo uma nova forma de controle social, baseada na posição, supostamente, neutra e objetiva do saber científico. Tal processo torna a Medicina e os rótulos “saudável e doente” *relevantes* para uma parte, cada

vez maior, da existência humana (grifo do autor), por meio do alto valor atribuído à saúde. Segundo o autor, a explicação para o fenômeno da medicalização não está em um imperialismo médico, mas sim no complexo sistema tecnológico, que tem levado a um caminho de dependência do saber especialista.

Também na década de 1970, o sociólogo e teólogo Ivan Illich lança uma crítica contundente à Medicina Moderna, em sua obra *A expropriação da saúde: nemesis da Medicina* (1975), provocando amplo debate sobre o tema ao evidenciar os descaminhos da medicina moderna. A partir de uma abordagem política e cultural, o autor considera a medicalização da saúde como resultado da industrialização, quando a empresa médica foi institucionalizada para promover um alargamento das mercadorias consumidas pelo homem. Assim, o homem industrializado entrega a responsabilidade do cuidado de sua saúde à especialidade médica, fato este que conduziu à perda de autonomia das pessoas bem como das demais formas possíveis de lidar com seu sofrimento:

A eliminação da dor, da enfermidade, das doenças e da morte é um objetivo novo que jamais tinha servido, até o presente, de linha de conduta para a vida em sociedade. E o ritual médico e seu mito correspondente que transformaram a dor, a enfermidade e a morte, experiências essenciais a que cada um deve se acomodar, em uma seqüência de obstáculos que ameaçam o bem-estar e que obrigam cada um a recorrer sem cessar a consumos cuja produção é monopolizada pela instituição médica (Illich, 1975, p. 102).

Illich (1975) usa a noção de iatrogenia (clínica, social e cultural) para se referir aos processos nocivos exercidos pelo monopólio da medicina institucionalizada e suas técnicas, apresentando-os como uma ameaça à saúde das pessoas e sociedade.

Outro autor de referência no estudo da medicalização é o sociólogo norte-americano Peter Conrad que, em 1992, operacionalizou o conceito de medicalização como “o processo pelo qual problemas que não eram considerados de ordem médica passam a ser compreendidos em termos médicos, por meio do uso da linguagem médica, adotando explicações médicas para entender o problema e usando intervenções médicas para tratá-lo”

(Conrad, 1992, p. 211). Isto ocorre tanto em relação a comportamentos considerados desviantes, a exemplo da loucura, alcoolismo, homossexualidade, hiperatividade e problemas alimentares, quanto em processos naturais da vida, como a sexualidade, ansiedade e humor, parto, menopausa, envelhecimento e morte.

Entendemos que o estudo de sistemas complexos, como saúde e doença, e o processo de medicalização enquanto expressão desse sistema, só são compreensíveis, em sua profundidade, ao analisarmos os significados e sentidos produzidos no contexto histórico cultural em que se desenvolvem. Sobre isto, Traverso-Yépez (2001) afirma que:

Existe toda uma ordem de significações culturais socialmente construídas, que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, bem como as formas pelas quais cada pessoa experimenta os seus estados de saúde e doença, a expressão dos sintomas, assim como os hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde (p. 52).

De acordo com Minayo (1997), “significa refletir que a doença, além de ser um fato biológico, é uma realidade construída tanto historicamente, como dentro da expressão simbólica coletiva e individual” (p. 32). Também González Rey (2015) aponta que, na análise da cultura, deve-se levar em consideração seu caráter subjetivo, pois não há objeto externo separado das construções humanas. Neste sentido, as práticas humanas são socialmente e subjetivamente construídas, e o modo do ser humano lidar com seus processos de saúde e doença é também uma construção constituída simbólica e historicamente. Assim, ao analisar o contexto histórico-cultural em que o processo de medicalização é produzido, podemos compreender como este participa na construção dos significados atribuídos à saúde e à doença e nas práticas de atendimento em saúde.

A medicalização está intimamente relacionada ao modelo hegemônico de saúde fundamentado na Medicina Moderna, conhecido como *modelo biomédico*. Influenciado pelo paradigma cartesiano e pelo significativo desenvolvimento da ciência no campo da Medicina, esse modelo médico caracteriza-se pela ênfase nas funções orgânicas e pela concepção

mecanicista da vida (Canguilhem, 2004). O prefixo “bio” é utilizado para se referir ao seu aspecto mais valorizado: o entendimento biológico do ser humano em relação à saúde e à doença. Esta forma de se configurar a medicina, que descreve, essencialmente, os fenômenos humanos em termos de um funcionamento orgânico manipulável, reduz o processo saúde-doença a uma dimensão estritamente biológica, como aponta Capra (1982):

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (p. 116).

A Moderna Medicina Científica também segue o modelo de ciência positiva no século XIX (Annandale, 1998), que defende o conhecimento científico como única forma de conhecimento válido e o método objetivo e instrumental como o meio para o alcançar. A lógica positivista propõe um mundo concebido de forma mecanicista, regido por leis fixas e universais, ressaltando que a realidade pode ser demonstrada por métodos da ciência natural. Tal concepção está, frequentemente, relacionada à maneira como a Medicina Moderna compreende o processo de adoecer, procurando uma explicação única para a doença, que deve ser não só identificada, mas combatida por meio de leis de aplicação geral e os tratamentos médicos consistiriam em uma solução para reestruturar o funcionamento normal da “máquina humana”.

Esse conjunto de diretrizes teóricas e práticas que norteiam a compreensão dos processos de saúde-doença no modelo biomédico tem, nas ciências da saúde, reproduzido conhecimentos universais e mecanicistas relativos ao ser humano, e não exclui as doenças ditas “mentais”. Neste caso, a doença mental tem um equivalente biológico - o cérebro - e seu tratamento deve consistir em intervenções nas estruturas cerebrais, como o medicamento, por exemplo. Para Santos (2012), “a incorporação do ponto de vista biomédico às doenças

mentais só pôde ser realizado de maneira mais expoente a partir de meados do século XX quando as pesquisas sobre o cérebro começaram a se desenvolver em maior profusão” (p. 57).

De fato, o modelo biomédico se fortaleceu, no último século, com os avanços tecnológicos e científicos que permitiram novas descobertas e aplicações no domínio da saúde do homem: o sucesso no recuo das epidemias, as descobertas da imunologia e da insulina, os mais recentes avanços na genética, substâncias farmacológicas, entre outros. Assim, a rápida evolução do cientificismo médico trouxe grandes contribuições para o avanço da Medicina, coerente com o entendimento de que uma deficiência no corpo pode ser “curada” através da intervenção física ou química. Isto também possibilitou legitimar o saber médico no tratamento da doença e reconhecer o *paradigma do discurso médico* na produção de verdade acerca da doença, sua natureza e seu tratamento.

Nesse paradigma, a “cura” para a doença será buscada na exterioridade de um saber especializado, nesse caso, a Medicina, por meio da qual os médicos oferecem maneiras rápidas, práticas e científicas de remediar a doença com o pressuposto de que só o conhecimento científico possui a verdade acerca do ser humano: “Nossa sociedade conferiu aos mesmos o direito exclusivo de determinar o que constitui a doença, quem está doente e quem não está, e os procedimentos com relação ao indivíduo enfermo” (Capra, 1982, p. 151).

Medicalização Psiquiátrica do Sofrimento Humano

A partir da década de 50, no que se refere ao campo da saúde mental, alguns marcos históricos promoveram significativas mudanças no diagnóstico e tratamento propostos aos sofrimentos psíquicos, contribuindo para o desenvolvimento do fenômeno da medicalização a fim de tratar tal sofrimento. Datam de 1952 dois marcos na Psiquiatria contemporânea: a descoberta do primeiro psicofármaco utilizado em tratamentos psiquiátricos, que aponta para o início da chamada “Revolução Psicofarmacológica”, e a publicação da primeira edição do

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atualmente considerado referência mundial nos diagnósticos psiquiátricos (Guarido, 2007).

A revolução psicofarmacológica assinala uma mudança significativa no consumo de psicofármacos, iniciada com a descoberta da clorpromazina, em 1952, um antipsicótico considerado benéfico no tratamento de doenças mentais que, juntamente com a introdução de outras substâncias psicotrópicas, começaram a modificar o cenário de tratamento dado aos transtornos mentais. Naquele período, os psicofármacos passaram a ser amplamente utilizados em hospitais psiquiátricos, em substituição a tratamentos bárbaros e ineficazes, o que possibilitou a remissão de sintomas e consequente redução do número de internações. Segundo Cordioli (2008):

O uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais, a partir dos anos 50, mudou, radicalmente, a falta de perspectivas que, até então, prevalecia no campo da psiquiatria e da saúde mental, provocando uma ampla reformulação das concepções e práticas vigentes no tratamento da saúde mental (p. 1).

Nesse contexto, o surgimento dos primeiros psicofármacos representava uma aliança com a Psicoterapia, que era considerada o tratamento principal; e os medicamentos, um recurso secundário, facilitador para remissão dos sintomas.

A primeira versão da série *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), publicada pela Associação Americana de Psiquiatria em 1952, teve a finalidade de uniformizar as práticas de profissionais da área de saúde mental, em diferentes países, e estabelecer critérios específicos para facilitar a pesquisa em saúde mental. Até 1980, os manuais DSM-I e DSM-II fundamentavam os diagnósticos propostos a partir da ideia de que os transtornos mentais eram a expressão simbólica de realidades psicológicas ou psicossociais e apresentavam forte influência da psicanálise e da psiquiatria social comunitária (Aguiar, 2004). Com a publicação do DSM-III, em 1980, que se iniciou o segundo marco no campo da Psiquiatria, provocando grande impacto mundial nos modos de avaliação e diagnóstico dos

transtornos mentais e, portanto, nas práticas em saúde, tendo seus princípios adotados pela Associação Mundial de Psiquiatria e pela Organização Mundial de Saúde.

A grande mudança acarretada pelo DSM-III foi o rompimento da perspectiva adotada na Psiquiatria Clássica no tratamento em saúde mental até então. Se antes a Psicanálise era considerada “a ciência básica” da psiquiatria clássica (Aguilar, 2004), o DSM-III marca uma ruptura com a classificação psicanalítica, e a grande maioria dos termos psicanalíticos que demonstravam uma aproximação com essa corrente de pensamento é retirada do manual, para dar lugar a uma perspectiva descritiva e atórica dos fenômenos psíquicos.

O esforço em caracterizar os transtornos fundamenta-se nas críticas às classificações anteriormente utilizadas, baseadas na formulação teórica e em hipóteses etiológicas sobre os transtornos mentais, o que dificultava para que clínicos e pesquisadores chegassem a um diagnóstico mais “objetivo e estável”.

A terceira versão do DSM coloca em questão a etiologia dos transtornos mentais e propõe uma descrição atórica que permita classificá-los a partir do número de sintomas manifestados pelo paciente por um determinado período de tempo. A partir desses critérios, acessíveis pelo método empírico positivista, seria possível alcançar a “fidelidade diagnóstica”, ou seja, diferentes clínicos poderiam chegar ao mesmo diagnóstico quando entrevistassem um mesmo paciente (Rodrigues, 2003). Este foi o princípio básico que motivou a transformação conceitual do fenômeno psíquico em Psiquiatria e a elaboração do DSM-III, de acordo com Aguilar (2004):

Comprometido com a rigorosa aplicação dos princípios de verificabilidade e experimentação científica, o comitê para a elaboração do DSM-III visava, principalmente, elaborar um manual com embasamento empírico, que viesse a aumentar o nível de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, pelo uso de critérios objetivos e claramente definidos (p. 29).

Além disso, à medida que os recursos farmacológicos se mostraram mais eficazes e mais frequentes nas clínicas psiquiátricas, tornou-se necessário também estabelecer critérios

mais específicos de diagnóstico e avançar no estudo acerca dos diferentes transtornos mentais. Segundo Aguiar (2004), “os medicamentos criaram, assim, a necessidade de uma psiquiatria baseada, sobretudo, em dados empíricos e experimentais, que se adequasse às metodologias de pesquisa utilizadas nas ciências biológicas” (p. 38).

Ao buscar reconhecimento da razão científica a partir dos moldes positivistas e se integrar como especialidade médica, a Psiquiatria reformula a concepção de saúde mental e passa a estabelecer uma aproximação conceitual com os princípios utilizados nas ciências biológicas. Aguiar (2004) afirma que, “para atingir esse objetivo, deve utilizar os mesmos métodos de diagnóstico, investigação etiológica, pesquisas epidemiológicas e tratamento farmacológico que a medicina em geral” (p. 21). Dessa forma, a Psiquiatria afastou-se de aspectos subjetivos dos transtornos mentais, expressos na linguagem psicológica, e começou a aplicar os mesmos procedimentos de investigação cientificista-biologicista da Medicina Geral.

Desde a década de 70, observa-se esse movimento de deslocamento da Psiquiatria Clássica, de compreensão *psicológica e psicossocial* dos transtornos mentais para a chamada *Psiquiatria Biológica*. Tal entendimento aponta para uma compreensão física e/ou biológica do sofrimento psíquico, tendo como pressuposto que “o cérebro é o órgão da mente” e cuja característica principal “consiste na tentativa de descobrir o correlato biológico das desordens psiquiátricas, com o objetivo de estabelecer sua etiologia, terapia e diagnóstico” (Martins, 2008, p. 332).

Contudo, foi a publicação do DSM-III que possibilitou consolidar as bases para a ascensão da Psiquiatria Biológica, pois permitiu seu alinhamento com a medicina somática e lhe conferiu legitimidade científica, por meio de um instrumento padronizado de classificação diagnóstica. Como afirma Birman (1999), “completa-se o sonho do saber psiquiátrico de se transformar não apenas numa ciência, mas numa especialidade médica” (p. 2).

A opção da Psiquiatria em compreender o transtorno psíquico em bases orgânicas e biológicas, bem como a sua legitimação no campo da saúde mental em todo o mundo trouxe consequências importantes no modo de conceber o sofrimento psíquico e, portanto, no seu tratamento. Sob tais esclarecimentos, serão apresentadas algumas considerações sobre como esse movimento se articula ao fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico.

A concepção simplista de que a doença é uma entidade localizável no corpo desconsidera os inúmeros outros aspectos que podem estar na gênese e no desenvolvimento do transtorno psíquico, como os sociais, psicológicos e culturais. Observa-se um abandono da compreensão multifacetada dos processos de saúde e doença para reconhecê-los apenas como desordem bioquímica, o que resulta em um estreitamento no modo de conceber as diversas dimensões que se articulam no processo de saúde e doença e, portanto, em possibilidades alternativas de ação terapêutica.

Interessante ressaltar que, apesar da hegemonia biológica na representação dos transtornos mentais, inúmeros estudos apontam para o fato de que não há comprovação de marcadores biológicos correlatos aos fenômenos psíquicos (Aguiar, 2004). Como afirmam Baroni, Vargas & Caponi (2010):

Esses transtornos não apresentam, em definitivo, a comprovação de sua localização exata no organismo, embora a enorme tentativa da neurobiologia e de parte da psiquiatria em mapear com precisão tal local, em endereçar ao cérebro ou aos hormônios essa função reguladora. Ao localizar a anomalia no corpo, dá-se, por consequência, a realidade comprovável do caráter patológico pertencente ao sujeito e, assim, a separação desse homem de sua possibilidade de busca por outras respostas àquela experiência (p. 72).

Uma vez que a medicina define o que é normal ou patológico, a partir de suas classificações diagnósticas, e a patologia é compreendida como o conjunto de sintomas padronizados, diversas expressões humanas, como tristeza, angústia, insônia, passam a ser compreendidas a partir de uma abordagem organicista e, portanto, tratadas com substâncias

farmacológicas. Assim, fomenta-se a percepção de que essas expressões inerentes à condição humana sejam concebidas como expressões psicopatológicas que acometem a pessoa e, nesta lógica, tratadas com substâncias farmacológicas. Na visão de Rodrigues (2003):

Os limites da psiquiatria biológica vão, continuamente, se ampliando; a cada dia o que, anteriormente, se considerava característica de personalidade, hoje, é convertido em doença - o que se assiste atualmente é a uma progressiva compreensão neuroquímica dos fenômenos psíquicos, em que todos os dias são criadas novas patologias para as quais se busca uma solução medicamentosa (p. 15).

Nesse sentido, o que antes era concebido como uma expressão individual e própria da natureza humana se transforma em objeto da medicina, que se propõe a explicá-la e tratá-la como uma “doença do cérebro”, ocorrendo um processo de *patologização* do sofrimento psíquico: “como se para cada incômodo, dor ou disfunção correspondesse um sintoma e para cada sintoma correspondesse uma entidade nosológica, e para cada categoria diagnóstica uma carência e, portanto um medicamento” (Martins, 2004, p. 952).

Sob a lógica biologizante e patologizante do sofrimento psíquico, a ação terapêutica se limita a abolir ou reduzir os sintomas por meio de substâncias farmacológicas pelas quais o tratamento se mostrou eficaz. Inclusive, como afirma Rodrigues (2003), a resposta clínica ao medicamento será importante na determinação dos quadros nosológicos. Então, o medicamento passa a ser considerado não mais um coadjuvante na intervenção terapêutica, mas utilizado como recurso essencial.

Além disso, o reducionismo biológico na compreensão de saúde e doença implica a avaliação clínica voltada para a identificação de sintomas manifestos, que podem ser descritos objetivamente e que se constituirão como sinais da “doença”. Como salienta Ehrenberg (1998, apud Rodrigues, 2003):

esta posição significa uma reafirmação, por parte da Psiquiatria, de sua identidade médica, em que uma depressão, por exemplo, vai ser vista da mesma forma que uma pneumonia: se não há pneumônicos, mas indivíduos com pneumonia, também não

deve haver deprimidos, mas sim indivíduos com depressão. A doença então não é mais compreendida como uma experiência subjetiva de um determinado indivíduo, mas sim, como uma entidade nosológica que o acomete (p. 15).

Os transtornos mentais são reduzidos a uma concepção biológica e interpretados como entidades nosológicas, em que se reconhece a doença como entidade dissociada do sujeito, sendo essa posição legitimada pelo saber médico. Esta interpretação implica um deslocamento na compreensão de saúde e doença mental como expressão singular do indivíduo para a doença e seus sintomas universais. O diagnóstico centrado na doença e na crença de objetividade das técnicas trata os sintomas de forma universal, desconsiderando a pessoa em sua singularidade no processo de adoecer e estabelecendo estratégias terapêuticas indiferenciadas. Assim, há um abandono da perspectiva singular do adoecimento em favor de uma generalização, sem considerar os modos de existência particulares e a experiência subjetiva na vivência do adoecimento. Para Rodrigues (2003):

A experiência subjetiva, enquanto experiência singular, não pode ser mensurada ou quantificada; ela escapa a toda possibilidade de ser trazida para o território da precisão e, por isso, é desconsiderada em favor de um conjunto de sinais e sintomas que se pretendem imutáveis e passíveis de rigorosa avaliação (p. 15).

As implicações decorrentes da nova conceitualização dos fenômenos psíquicos a partir dos preceitos da Psiquiatria Biológica, legitimadas pelo saber científico positivista, trazem para o campo da saúde e patologia sintomas, originariamente, humanos com intuito de identificá-la, controlá-la e tratá-la como uma entidade nosológica, contribuindo para o fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico: “diante disso, as dimensões conflitiva, imprevisível, irredutível e inapreensível da subjetividade vêm sendo negadas e tratadas como meras abstrações psicanalítico-filosóficas” (Guarido, 2007, p. 159).

Assim sendo, o pensamento ocidental dicotomizado ainda entende o corpo como objeto e o sintoma é visto como um fenômeno que deve buscar suas causas nos processos mecânicos do organismo; queixas sem fundamento orgânico são tidas como falsas e tenta-se

reprimir esse estado ou desvalorizá-lo racionalmente. Na maioria das vezes, há uma objetividade e padronização dos sintomas e sua dimensão subjetiva não é levada em conta tampouco se sabe a forma de administrá-la.

Em pesquisa realizada por Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009) acerca das estratégias utilizadas por médicos atuantes na tradição biomédica para lidar com sofrendores de sintomas indefinidos, foi possível verificar que as manifestações subjetivas do adoecimento são desconsideradas por não se encaixarem nas propostas de intervenção biomédica. Os médicos apresentavam, inclusive, desconforto e despreparo em lidar com sintomas que não eram passíveis de controle, a ponto de desqualificar a queixa de sofrimento. Neste caso, uma das estratégias é dizer ao paciente que ele “não tem nada”, ou seja, se não há uma manifestação objetiva possível de ser acessada pela metodologia médica, então seu sofrimento não tem razão de ser e suas expressões subjetivas são desconsideradas.

Ainda, outra estratégia igualmente adotada é o encaminhamento do paciente a psiquiatras e psicólogos, quando esses médicos verificam que a queixa está relacionada com fatores psicossociais. Finalmente, relataram que recorrem ao uso de medicamentos "sintomáticos" que eliminem os sintomas físicos expressos. Para os autores da pesquisa, tais estratégias demonstram como o modelo biomédico exclui qualquer consideração da subjetividade nos processos de saúde e doença e chegam a afirmar que a subjetividade se constitui como uma *anomalia* para o paradigma biomédico.

Assim, observa-se que a legitimidade do sofrimento deve corresponder ao que é legítimo como saúde pelo saber médico, isto é, deve haver uma correspondência com os critérios biológicos e fisiológicos para que o sintoma seja verdadeiro e sua existência comprovada. Como afirma Le Breton (2011) sobre a cultura médica: “O corpo se dá como uma máquina a qual convém gerir os recursos e suprimir as disfunções. A significação

atribuída pelo doente a sua dor ou a sua doença é uma fantasia que não deve, de modo algum, interferir com o ato médico” (p. 167).

Ao excluir as dimensões subjetivas da complexidade e singularidade do sofrimento humano, as principais estratégias de intervenção estão no corpo doente, o que impossibilita oferecer conhecimento quanto às dimensões humanas, sobretudo para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham qualquer doença.

Teoria da Subjetividade

Uma alternativa para compreender as questões suscitadas nos processos de saúde e doença parte da concepção de subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural, com base no referencial teórico da Teoria da Subjetividade, postulada por González Rey (2003). A Teoria da Subjetividade aponta para a importância dos sentidos subjetivos e as configurações subjetivas no estudo da saúde humana, que geram as bases para a consideração de aspectos sociais, históricos e culturais do processo de adoecer, desconsiderados tanto pela psicologia clínica mais tradicional como pela medicina. (González Rey, 2011).

Afastando-se do conceito de subjetividade apenas como organização intrapsíquica individual e da compreensão de que as pessoas e suas relações sejam reflexos dos aspectos sociais, González Rey (2011) postula a subjetividade enquanto uma produção sobre o vivido:

a realidade do homem nunca é uma realidade objetiva definida por algum referente externo à experiência do próprio homem, e sim uma realidade produzida em seus tons e desdobramentos simbólico-emocionais segundo a configuração subjetiva em que essa experiência vivida se organiza (p. 113).

Nessa perspectiva, a subjetividade configura-se como um sistema que integra os processos emocionais e simbólicos organizado na experiência do sujeito. Trata-se de duas instâncias subjetivas, a subjetividade social e a individual, produzidas de maneira simultânea e inter-relacionadas em dois espaços que se constituem reciprocamente: o sujeito individual e

as instâncias sociais em que tem lugar sua vida social. Esses processos de subjetivação se expressam na constituição complexa da subjetividade humana.

A subjetividade individual é produzida a partir do encontro de histórias individuais com contextos sociais e culturais, ou seja, na integração entre a história subjetiva do indivíduo e os processos de subjetivação dos espaços sociais em que a ação social se produz (González Rey, 2005a). Ao reconhecer o caráter histórico-cultural na constituição da subjetividade, rompe-se com a ideia de um indivíduo isolado, da subjetividade como intrapsíquica e individualista, e da cultura como tema extrínseco à constituição do sujeito. A subjetividade caracteriza um sistema que integra homem e cultura, mediante sentidos subjetivos e configurações produzidas nesse encontro.

De acordo com González Rey (2012), é na integração inseparável das emoções com os processos simbólicos produzidos em cada espaço social que os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas são configurados. Dessa forma, na organização subjetiva da sociedade, as formas de expressão de cada sociedade concreta são estabelecidas por meio de sentidos subjetivos que expressam seu momento atual em formas organizadas de subjetividade social. Nessa perspectiva, estudar certos aspectos configurados em uma cultura, no momento atual, potencializa a compreensão sobre as formas de organização mais complexas da sociedade, como as práticas de saúde e fenômenos como a medicalização.

Os processos de saúde e doença e tais fenômenos devem ser compreendidos na integração de elementos de sentido produzidos nos espaços da vida social. Ao analisar as formas em que os significados sociais, culturais e econômicos na sociedade contemporânea se articulam no processo de medicalização, é possível identificar processos que caracterizam o funcionamento da organização subjetiva da sociedade, pois expressam os processos sociais dominantes nesse espaço social.

Desse modo, partindo do conceito de subjetividade social, buscamos analisar as formas em que os significados sociais, culturais e econômicos na sociedade contemporânea se articulam no processo de medicalização. Nessa perspectiva, a fim de aprofundar essas questões, discorreremos a respeito das dimensões simbólicas que são produzidas pela exaltação do discurso técnico, pela hegemonia do saber médico e das concepções da lógica capitalista, que favorecem a constituição de subjetividades sobre o processo de adoecimento. Também serão discutidos os modos como a indústria farmacêutica, a mídia e a noção de saúde e doença, na contemporaneidade, estão entrelaçados nesse processo.

Subjetividade Social e Medicalização

Na modernidade, a incorporação da tecnologia à vida é vista como sinônimo de progresso; a expansão de novos conhecimentos, produtos e processos derivados desse progresso científico e tecnológico, por sua vez, revolucionou, de forma drástica, a maneira como o ser humano experiencia sua vida e a sua relação com o mundo. O alto valor que se dá ao conhecimento científico e ao discurso médico faz o homem moderno ter uma percepção tecnificada de si, sendo essa compreensão determinada pelo contexto social e histórico.

No que diz respeito às tecnologias voltadas para a área de saúde, um dos produtos do progresso científico é o medicamento, consagrado na sociedade contemporânea como a substância mais usada para tratar da saúde. Para Dantas (2009, p. 566), o discurso técnico-científico e o discurso da medicalização são mitos que ocorrem não só na ciência, mas com os produtos criados por ela: “esse mundo desencantado, dominado pelo funcional e pelo império da razão calculadora (...)” dá ao homem somente uma única saída: “a crença num pensamento mágico” oferecido pelos produtos tecnológicos, solução considerada a única e a mais elevada forma de pensar. O discurso científico que mitifica as tecnologias, por prometer soluções para todos os problemas humanos, corrobora a produção de subjetividade em que as respostas para

o sofrimento humano devem ser encontradas por meio de alternativas técnicas, como o uso de medicamentos.

Trata-se, portanto, de uma produção de sentido que integra a configuração subjetiva dos processos de saúde e doença, pois é parte tanto da subjetividade individual como dos processos de subjetivação social da saúde. Os sentidos produzidos nessa configuração permitem dar visibilidade sobre os processos de funcionamento implícitos na medicalização.

Além disso, é necessário ressaltar que a hegemonia do saber médico sobre o conhecimento do sofrimento humano, bem como o avanço das descobertas técnico-científicas e o discurso técnico sobre a vida, estão intimamente associados à indústria farmacêutica e à mídia de tal modo que se alimentam, mutuamente, gerando produtos a serem consumidos. Ademais, desde que a publicidade direta de medicamentos foi aprovada pela *US Food and Drug Administration (FDA)*, as indústrias farmacêuticas passaram a anunciar não somente os medicamentos, mas também a promover os sintomas que devem ser medicados e os transtornos a serem aliviados com seu uso (Jenkins, 2011).

Endossada pela autoridade do saber médico, a indústria farmacêutica, através dos meios de comunicação, adentra na vida cotidiana e influencia a percepção de quem precisa de tratamento, desempenhando uma função fundamental como agente na produção de novos doentes, disseminando o conceito de doença e a consequente busca pelo tratamento, como afirma Aguiar (2004).

Sob essa lógica de mercado, que exalta o consumo como solução técnica no manejo do sofrimento, o medicamento surge como uma mercadoria “cujo consumo deve ser estimulado ao máximo, pois o que interessa aos setores de produção e comercialização de medicamentos é a ocorrência de um máximo de doenças, acompanhadas de um máximo de tratamento” (Carvalho & Dimenstein, 2004, p. 122). Uma vez classificadas como doentes, as pessoas se tornam consumidoras de tratamentos, terapias e medicamentos. Assim sendo, a lógica de

mercado está pronta para oferecer inúmeras possibilidades técnicas de manejo de sofrimento, pois, nesse contexto, o “paciente” se torna “consumidor”.

A relação entre ciência e mercado se estreita, promovendo uma “mercantilização” de doenças. Percebe-se uma organização social em que o saber médico, aliado à lógica de mercado, reforça o processo de medicalização ao promover a ideia de que o alívio para o mal-estar psíquico deve ser buscado no consumo de medicamentos. Os diagnósticos são vendidos à população, seja mediante artigos de revistas e jornais, seja pela televisão ou internet, anunciando descobertas científicas novas e revolucionárias. A mídia participaria, assim, como elemento na produção de subjetividade social, uma vez que somos expostos, diariamente, a um modo de viver que enaltece a vida saudável, o bom desempenho e propõe receitas de felicidade.

A informação disseminada pela mídia e pelas indústrias farmacêuticas vai além da informação de seus produtos ou de transtornos, pois “existe a intenção de se vender a ideia de que a medicação pode restaurar o equilíbrio, dar ao indivíduo condições de ter uma vida produtiva, reintegrá-lo plenamente à sociedade, proporcionar-lhe alegria e sentido” (Rodrigues, 2003, p. 19).

Além disso, em uma sociedade de infinitas e indefinidas possibilidades, como define Bauman (2001), as normas de saúde também passam a não ter contornos definidos entre normal e patológico, e a ideia de doença torna-se confusa e nebulosa, de modo que os limites de doença acabam sendo estendidos, o que aumenta o consumo de medicamentos. Ademais, a exaltação de uma constante ameaça à saúde leva a pessoa a estar sempre em vigilância, transformando seus hábitos e modos de vida para evitar o sofrimento físico e psíquico.

Para Biehl (2011), a ciência de ganho econômico e a etnografia das drogas podem ajudar a identificar como o discurso científico se tornou amplamente disponível e íntimo para a vida comum, aumentando os tratamentos psiquiátricos, sobretudo, fora da clínica, na vida

cotidiana das pessoas. Dessa forma, a indústria farmacêutica e a publicidade, aliadas às concepções capitalistas de consumo, participam de um regime de subjetivação em relação a noções de saúde e doença na modernidade.

Outro aspecto da cultura de nosso tempo que constitui a organização da subjetividade social da medicalização é a dimensão simbólica produzida pelo discurso social que valoriza a noção de felicidade, de bem-estar, construída a partir da lógica capitalista.

Numa época de apelo ao prazer irrestrito, à felicidade permanente, os medicamentos assumem a função de, magicamente, livrar o ser humano de suas inquietações e o mercado de medicamentos oferece seus produtos como substâncias que auxiliam o viver contemporâneo e minimizam as situações cotidianas conflituosas para o indivíduo. De acordo com Dantas (2009), sob esta lógica, torna-se fácil creditar a solução de nossas inquietações existenciais às promessas do aparato tecnológico e, para tanto, o arsenal farmacológico parece ser um grande aliado no alcance desse estado de bem-estar pessoal e social.

Nessa linha de raciocínio, a vida feliz deve ser algo tangível, e o mercado de consumo oferece, então, as respostas e alternativas para que o indivíduo possa alcançar essa pretensa felicidade, identificando-a com o consumo. Para Bauman (2001), a regulação da vida por mercados consumidores leva as pessoas a acreditarem que, para cada problema, há uma solução e que tal solução pode ser comprada. Trata-se de uma promessa de felicidade que participa dos processos de subjetivação ao exaltar a ideia de que se deve buscar a satisfação e bem-estar por meio de produtos padronizados com respostas prontas. O imperativo do consumidor, que procura solução técnica para os problemas, participa do processo de subjetividade social medicalização ao promover a ideia de que o sofrimento humano pode ser aliviado por mais um produto a ser consumido.

Em seu livro *A civilização do espetáculo*, Llosa (2013) analisa outra característica da cultura moderna: a busca por prazeres fáceis e rápidos que propiciem a ausência de angústia e

responsabilidade, com objetivo de aplacar as dúvidas e perplexidades sobre a condição humana. Para o autor, isto é o que suscita a necessidade de distração nos tempos modernos, em que o valor supremo é divertir-se, esquecer das coisas sérias, profundas, inquietantes e difíceis, e entregar-se a um devaneio superficial. Em lugar do encontro consigo mesmo, através da reflexão e da introspecção, o que importa é fugir do vazio e de lidar com as questões existenciais próprias da condição humana. Trata-se de “momentânea segurança de sentir-se salvo, redimido e feliz” (Llosa, 2013, p. 36).

Os medicamentos assumem um papel central nesse contexto, já que intentam possibilitar um anestesiamento parcial das dissonâncias humanas. Alguns autores enfatizam certos efeitos dos psicofármacos: anestesiamento, evitação do sofrimento humano e silenciamento dos conflitos. Para Martins (2008), o indivíduo se tornou consumidor devotado aos três ídolos: anestesia; supressão da angústia e gerência de suas sensações, “e qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado” (p. 26).

Reduzidos a algo trivial e transformados em uma “droga da felicidade”, esses medicamentos são prescritos e utilizados como solucionadores mágicos de um sofrimento cujas dimensões complexas são desconsideradas. A tristeza, angústia e inquietações - próprias da condição humana - devem ser evitadas e, para tanto, os medicamentos e tratamentos médicos são a solução nessa lógica de consumo. Segundo Dantas (2009), eles passaram a ocupar um papel não mais de meros curativos, para se tornarem símbolos de felicidade, prazer, tranquilidade, sucesso:

O uso abusivo de medicamentos na atualidade parece ser um dos traços significativos de nossa cultura ocidental, na qual impera a convicção de que o mal-estar, bem como o sofrimento de todo gênero, deve ser abolido a qualquer preço. A medicalização da vida tem se tornado cada vez mais, na sociedade ocidental moderna, um dos caminhos mais eficientes e rápidos para amenizar o sofrimento psíquico e os problemas que nos assolam cotidianamente. Neste sentido, o psicofármaco aparece como uma solução

técnica para eliminar nossas inquietações, diante de uma sociedade que nos impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente (Dantas, 2009, p. 564).

Assim, essa intolerância ao sofrimento, aliada à lógica de consumo, reforça o fenômeno da medicalização. Os consumidores buscam o bem-estar, mas também querem evitar o sofrimento, a todo custo, por meio de solução técnica do manejo de seus sentimentos.

Todos esses aspectos se configuram nos modos de produção da subjetividade contemporânea e na organização subjetiva que define nossos modos de vida. De acordo com González Rey (2011), o modo de vida “é sempre uma produção subjetiva relacionada com as ações, relações e preferências que definem em seu inter-relacionamento a forma como vivemos” (p. 40). Trata-se de uma dimensão simbólico-emocional que representa as produções inseparáveis na ordem da cultura e subjetividade.

Nesse processo dialético e complexo entre cultura e subjetividade, o indivíduo é constituinte e, simultaneamente, constituído. A pessoa não reage à cultura dominante de maneira condicionada, há um caráter ativo e recursivo na constituição do sujeito. Ele não é definido pelas características dos espaços sociais dentro dos quais ele vive, mas interage com o restante da vida social, também pressionando pela noção de “vida boa” e de uma solução rápida e técnica para seu sofrimento. Para Lipovetsky (2007), o consumidor não é um indivíduo passivo, e sim um ator cujos gostos e interesses filtram aquilo que está em ressonância com seus interesses e expectativas.

Nesse sentido, individual e social não se constituem como dicotomia ou como reflexo um do outro, mas se integram na constituição complexa da subjetividade humana (González Rey, 2003). A subjetividade entendida numa perspectiva histórico-cultural aproxima-se da multidimensionalidade do ser humano, simultaneamente, produto e ator de um determinado contexto histórico e social (Gonzalez-Rey, 2005b).

Dessa forma, os processos de saúde e doença e fenômenos tão complexos, como a medicalização, devem ser compreendidos na integração de elementos de sentido produzidos

nos espaços da vida social. A exaltação do ideal de felicidade e evitação do sofrimento, aliados à lógica de consumo, que mitifica este prometendo soluções para todos os problemas humanos, corroboram para a produção de subjetividade em que as soluções para o sofrimento devem ser encontradas por meio de produtos, como o uso de medicamentos.

O homem contemporâneo, submetido às estratégias medicalizantes que prometem curá-lo da própria condição humana e anestesiado pelos efeitos dos psicofármacos (Rossito & Ferrazza, 2013), acaba por desconsiderar os condicionantes e contextos históricos, sociais e culturais no qual está inserido, o que não favorece a emancipação frente aos próprios processos de sofrimento e de adoecimento. Esses aspectos acabam sendo desconsiderados a fim de atender ao homem dessubjetivado - próprio da lógica capitalista de consumo.

A medicalização torna-se, assim, um meio para um bem-estar subjetivo e o medicamento se apresenta sob as mais diversas formas e conteúdos enquanto possibilidade de concretização dos ideais contemporâneos. Contudo, se buscar um recurso técnico é uma das maneiras de lidar com o sofrimento humano, é também um caminho para extinguir as peculiaridades sem refletir no aprofundamento das questões complexas implicadas nos processos de saúde e doença na contemporaneidade.

De acordo com González Rey (2015), a saúde é uma produção simbólica, cultural e historicamente organizada. Sendo assim, o estudo desses processos de sentido que caracterizam o comportamento social, dentro de um determinado meio, constitui uma via privilegiada para a compreensão das formas dominantes da subjetividade social na nossa sociedade contemporânea, pois representam as produções inseparáveis na ordem da cultura e subjetividade que se articulam no processo de medicalização.

Sujeito e Subjetividade: Sua Importância para o Estudo da Saúde Humana

Os processos que caracterizam a organização subjetiva da sociedade não determinam de forma linear ou direta como a pessoa irá experimentar seus estados de saúde e doença. As produções históricas e culturais se organizam em um nível subjetivo, recursivo, dialético e complexo entre social e individual, o que implica, ao mesmo tempo, que o sujeito atue sobre a realidade por meio de seus complexos processos de subjetivação e suas ações. Sob essa concepção, é importante considerar a categoria **sujeito** para compreender os processos de constituição subjetiva e de desenvolvimento que acompanham tanto os processos individuais como sociais:

A condição de sujeito é essencial no processo de ruptura dos limites imediatos que o contexto social parece impor e é responsável pelos espaços em que a pessoa vai modificando esses limites e gerando novas opções dentro da trama social em que atua (Gonzalez-Rey, 2005a, p. 237).

Nessa perspectiva teórica, o sujeito é capaz de criar momentos de tensão com a lógica medicalizante e com os processos normativos do modelo biomédico, a partir de suas experiências subjetivas singulares, que podem subverter e transformar as normas estabelecidas. Isso implica reconhecer seus próprios recursos subjetivos e seu caráter gerador frente ao processo de adoecimento, posicionando-se de maneira diferenciada em relação à própria saúde. Significa participar e decidir sobre seu processo de saúde e doença, mover-se em direção ao que lhe dá sentido, produzindo alternativas frente aos acontecimentos da vida. A partir da concepção de subjetividade e sujeito, reconhecemos a pessoa em sofrimento psíquico na sua potencialidade geradora e singularidade.

Essas são alternativas teóricas para pensarmos a pesquisa e as práticas de atendimento em saúde mental numa perspectiva que integre o sujeito na produção de conhecimento sobre os seus processos de saúde e doença. O valor heurístico da teoria histórico-cultural para o

campo da saúde é dar visibilidade ao sujeito, afastando da padronização e universalização de sintomas e doenças e valorizando a configuração subjetiva singular, na qual as suas experiências históricas e atuais se inter-relacionam por meio de múltiplos sentidos subjetivos que emergem na experiência do adoecer.

É esse o aspecto central na definição do subjetivo; o núcleo relevante que “dá cor” às experiências vividas é a configuração subjetiva dessa experiência, na qual aparece a relação inseparável e em movimento da personalidade e do contexto; a configuração subjetiva é a produção subjetiva em que essa unidade em movimento aparece em cada momento da experiência da pessoa (Gonzalez-Rey 2011, p. 35).

O estudo das configurações subjetivas associadas à saúde mental torna-se um recurso teórico para romper com a dicotomia saúde/doença, com o entendimento biomédico do transtorno mental como patologia intrapsíquica e do sintoma como portador de uma gênese universal, para dar lugar à representação configuracional singular do sofrimento mental.

O modelo de configuração subjetiva permite compreender o mal-estar psíquico como parte de um processo vivo e não uma condição da pessoa. Nessa concepção, o estudo das configurações subjetivas da pessoa permite explicar processos e relações que se organizam no desenvolvimento do sofrimento psíquico e na aparição do transtorno. De acordo com Gonzalez-Rey (2011), o transtorno mental representa “a emergência de um tipo de configuração subjetiva que impede o sujeito de produzir sentidos subjetivos alternativos que lhe permitam novas opções de vida diante dos rituais perpetuados por essa configuração, ao se tornar dominante, é fonte de mal-estar para a pessoa” (p. 21). Assim, compreende-se que o transtorno mental não representa uma entidade fixa, mas uma configuração subjetiva singular, como resultado dos desdobramentos que toma no curso da experiência vivida.

Objetivos da Pesquisa

Objetivo Geral:

- Compreender as produções subjetivas relacionadas ao processo de medicalização.

Objetivos Específicos:

- Compreender o transtorno psíquico como configuração subjetiva, destacando os processos subjetivos associados à mudança na psicoterapia;
- Compreender como o medicamento é configurado subjetivamente no sofrimento psíquico.

Capítulo Epistemológico e Metodológico

Epistemologia Qualitativa

A emergência da Psicologia moderna como campo de conhecimento científico insere-se no cenário da epistemologia positivista da época, que dominou o campo das ciências naturais e sociais desde a segunda metade do século XX (Gonzalez Rey, 2011). Essa lógica na construção de conhecimento propõe um mundo concebido de forma mecanicista, regido por leis fixas e universais e defende que a realidade pode ser desvelada através dos métodos da ciência natural. A epistemologia positivista assume o conhecimento científico como única forma de conhecimento válido e prioriza o método objetivo e instrumental para alcançá-lo.

Com intuito de se consolidar como ciência na perspectiva científica dominante, a Psicologia estabeleceu uma relação com as formas reificadoras do modelo positivista e instrumentalista de conhecimento. O intento do saber psicológico foi afastar-se da Filosofia e da dimensão metafísica do ser humano, ou seja, daquilo que não era passível de ser mensurado e objetivado, como defendia a lógica positivista, e se alinhar aos mesmos métodos de investigação das ciências naturais como critério legítimo na construção de conhecimento. Para tanto, a Psicologia precisava se aproximar de seu objeto de estudo de forma mais “objetiva e precisa”, fundamentando sua investigação no modelo mecanicista, organicista e universal de concepção do ser humano.

Em virtude desse posicionamento, o desenvolvimento de pesquisas - e da própria prática profissional em Psicologia - se orientou a partir de uma perspectiva instrumentalista e empírica (Gonzalez Rey, 2013) baseada na noção de ciência centrada na descrição e observação de dados empíricos, na acumulação de dados objetivos e verificáveis bem como em evidências observáveis e estatísticas, requisitos necessários de legitimação do conhecimento nesse paradigma.

A hegemonia positivista representou um norteamento epistemológico importante na história da Psicologia que, para Gonzalez Rey (1997), se traduz em alguns pressupostos adotados pela Psicologia nesse cenário: o conhecimento organizado por "leis", a partir do objeto de estudo de modo linear e objetivo, desconsiderando os processos de interpretação ou de construção teórica; o operacionalismo na definição dos objetos, que devem ser descritos em termos mensuráveis, observáveis, e aquilo que não se enquadre nestas condições não deve ser considerado; a crença na separação entre sujeito e objeto, em que o sujeito é concebido de forma passiva e reativa; o metodologismo, termo usado pelo autor para explicar o processo de subordinação da construção teórica pelo método, e o instrumentalismo, termo usado para explicar o processo de dependência extrema que as teorias possuem dos instrumentos feitos para validarem-nas.

Ao exibir os padrões estipulados pelo modelo de ciência instrumentalista-empírico, a Psicologia pôde apresentar-se como ciência exata, qualitativamente distinta da Filosofia e do espiritualismo com a qual era associada. Para alcançar um saber objetivo, preditivo e possível de generalizações, a Psicologia Moderna instituiu, no método e no instrumento, os critérios de legitimidade do saber psicológico e afastou a “especulação filosófica”, o pensamento e, nesse sentido, também a própria teoria do processo de construção científica. Para Danziger (1998), o imperativo metodológico como base de conhecimento possibilitou uma solução para superar as controvérsias teóricas e a falta de consenso na Psicologia sobre seu objeto de estudo. A questão central passou a ser a interpretação de dados quantitativos ao invés da elaboração de uma teoria consensual: o método substitui a teoria enquanto critério de legitimidade e aceitabilidade nas pesquisas psicológicas.

Gonzalez Rey (2013) afirma que, sem representação teórica, a omissão do pensamento na construção científica separou a Psicologia da Filosofia e das ciências sociais e, “como resultado dessa situação, a pesquisa qualitativa só entrou com força na Psicologia no começo

dos anos oitenta do século XX” (p. 26). A emergência da pesquisa qualitativa se deu a partir de importantes críticas ao modelo de ciência instrumentalista-empírico, como, por exemplo, a posição do pesquisador, o processo e a generalização, o lugar do singular e da teoria na construção científica, as quais promoveram amplo debate epistemológico e ontológico no modo de fazer ciência.

No âmbito do desenvolvimento da pesquisa qualitativa, a psicanálise de Freud representou uma ruptura com o positivismo metodológico na construção do conhecimento. Primeiramente, pela postura interpretativa e construtiva do fenômeno estudado, recuperando o pensamento, a produção de ideias e a construção teórica no processo de conhecimento. Essa atitude epistemológica diferenciada permitiu abrir novas representações sobre seu objeto de estudo. Além disso, ao considerar os processos simbólicos e o caráter oculto dos processos humanos, que transcendem às evidências empíricas, é possível uma aproximação qualitativa na produção do conhecimento. Finalmente, o caráter interativo e comunicativo que Freud estabeleceu como metodologia possibilitou reconhecer o papel do sujeito e do singular na construção do conhecimento, aspectos até então ignorados pela ciência.

O movimento humanista, igualmente, contestou a orientação positivista dominante na pesquisa psicológica ao resgatar os processos e experiências distintamente humanos, a dimensão processual e dinâmica do sujeito e ao considerar as relações com o sujeito e a sua individualidade, representando uma nova orientação no campo psicológico. Defendiam que os temas de pesquisa deveriam ter relevância para o conhecimento psicológico e para o ser humano, e não apenas que fossem escolhidos por sua adequação ao método experimental.

O desenvolvimento histórico da pesquisa qualitativa é marcado por momentos diferentes, cada um com definições e significados diversos em relação ao tema. No entanto, Denzin e Lincon (2006) oferecem uma definição genérica do termo:

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão

visibilidade ao mundo (...) envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem” (p. 5).

Os autores entendem que o termo qualitativo implica uma ênfase nas qualidades das entidades sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente, em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência, e destacam a busca pela intersubjetividade na construção do conhecimento ressaltando “a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado e as limitações das situações que influenciam a investigação” (Denzin e Lincon, 2006, p. 23).

Apesar das importantes mudanças no campo epistemológico e metodológico postuladas pela pesquisa qualitativa, Gonzalez Rey (2002) aponta para o fato de que ainda predomina o imaginário positivista na investigação científica, orientando o uso dos métodos qualitativos:

É de grande interesse o fato de que, mesmo quando existe uma longa história de aproximação a formas qualitativas de construção do conhecimento em psicologia, estas não têm conduzido a uma elaboração explícita do tema nos campos epistemológicos e metodológicos, o que mostra a hegemonia das crenças e cosmovisões positivistas na pesquisa psicológica (p. 23).

Para o autor, a pesquisa qualitativa ainda ignora os princípios epistemológicos envolvidos na metodologia adotada: “A psicologia pretendeu avançar na pesquisa qualitativa sem avançar numa discussão epistemológica mais profunda sobre os referentes sobre os quais se apoiava para realizar esse tipo de pesquisa” (González Rey, 2013, p. 26).

A Epistemologia Qualitativa, postulada por González Rey (2005b), surgiu para possibilitar o estudo da subjetividade humana e nortear a aproximação metodológica na compreensão da subjetividade conforme abordado na Teoria da Subjetividade na perspectiva histórico-cultural. Pela complexidade desse objeto de estudo, o autor propõe uma epistemologia diferenciada das atuais formas de produção de conhecimento de cunho positivista, ainda hegemônicas na pesquisa em Psicologia.

Historicamente, a Psicologia desconsiderou os processos sociais e subjetivos implicados na pesquisa, com intuito de se adequar à exigência de cientificidade de caráter objetivo e neutro como condição de legitimidade de conhecimento científico (González Rey, 2011). O fazer científico, nessa concepção, afasta-se, intencionalmente, da subjetividade por entendê-la como subjetivismo, mentalismo, algo que não pode ser quantificado, manipulado, medido e, portanto, ilegítimo para a produção de conhecimento sobre a realidade.

Embasado em conceitos e categorias descritivas da realidade, o modelo positivista hegemônico caracteriza-se pelo seu caráter quantitativo e empírico sobre os aspectos estudados e o pesquisador assume um papel de relator passivo, cuja “interferência” subjetiva e social no processo da pesquisa deve ser minimizada para garantir uma suposta neutralidade científica. O imaginário positivista que ainda predomina na pesquisa científica em psicologia, na ilusão de neutralidade e objetividade, ignora o tema das ideias, da reflexão e da imaginação do pesquisador na investigação psicológica (González Rey, 2005b; 2011; 2014).

No referencial da Epistemologia Qualitativa, todavia, a ciência, como toda atividade humana, deve ser concebida como produção subjetiva, histórica e social, o que obriga a considerar, portanto, o pesquisador como parte da experiência. A construção do conhecimento científico é inseparável da subjetividade do pesquisador, posto que as suas próprias representações, valores, emoções e experiências se expressam na sua produção intelectual e, dessa forma, no processo de construção do conhecimento. Para González Rey (2011), a representação do pesquisador como mero coletor de dados, isento e neutro do processo de pesquisa, excluiu também a própria produção teórica no processo de construção do saber.

A teoria, por sua inseparável relação com as produções criativas e reflexivas do pesquisador, representa, sobretudo, um caráter subjetivo da pesquisa - e necessário para o seu desenvolvimento. Porém, para atender à neutralidade que a epistemologia empírica atribui ao pesquisador, ela aparece de forma estática, como sistema fechado, expressa por meio de

conceitos descritivos, o que desconsidera, paradoxalmente, a própria construção teórica (González Rey, 2014), pois engessa a construção de novos conhecimentos e significados sobre o fenômeno estudado.

González Rey (2014) destaca os princípios teóricos da epistemologia empírica que eliminam a significação do teórico em pesquisa:

O determinismo direto e imediato do externo sobre o psíquico como garantia do caráter objetivo da psique – “fantasma” epistemológico que ainda ronda com muita força a psicologia – e a primazia linear que os dados pretensamente têm sobre os conceitos, o que eliminaria a ideia da construção teórica como processo da pesquisa (p. 14).

A Epistemologia Qualitativa atribui um lugar essencial à teoria na pesquisa ao considerá-la como um sistema vivo, aberto, capaz de articular novos aspectos do fenômeno estudado e gerar inteligibilidade sobre ele no desenvolvimento de uma pesquisa. O resgate do caráter teórico na pesquisa implica que a informação empírica não é um dado a priori, que está explícita, mas necessita das reflexões do pesquisador para que adquira **significado**. Quem produz significado e dá sentido a uma pesquisa científica é o pesquisador. O significado atribuído a uma informação empírica é, portanto, uma produção humana e deve ser inseparável do sistema teórico no qual adquire sentido. A partir desse posicionamento epistemológico, a pesquisa qualitativa se caracteriza pela construção de um modelo teórico como via de significação da informação produzida, a qual não está fragmentada em resultados parciais associados aos instrumentos usados, mas está integrada em um sistema cuja inteligibilidade é produzida pelo pesquisador (González Rey, 2005b).

O modelo teórico é representado pelas ideias e reflexões do pesquisador que, articuladas às construções teóricas e ao desenvolvimento de hipóteses, permite significar a questão estudada. O objetivo central da pesquisa, nesse referencial, é a construção de um modelo teórico capaz de gerar novos campos de inteligibilidade no estudo de sistemas complexos, não diretamente acessíveis à observação externa.

Para tanto, é imprescindível a posição ativa e reflexiva do pesquisador que, por meio de suas construções e interpretações, desenvolverá um modelo teórico, articulando a teoria com o empírico, num processo flexível e dinâmico, que não está pré-estabelecido, mas que se constrói, define e redefine, no curso da pesquisa, para possibilitar o desenvolvimento de novos significados e modelos compreensivos sobre o fenômeno estudado.

Esse processo, que tem como característica fundamental o princípio construtivo-interpretativo na pesquisa, é definido por González Rey (2005b) como **lógica configuracional**, a qual destaca a atividade reflexiva e as construções singulares do pesquisador no desenvolvimento da pesquisa, expressando uma ruptura dos processos de indução e dedução presentes na investigação psicológica de base positivista.

Trata-se, assim, de uma nova concepção para a produção de conhecimento, que representa um dos três princípios gerais da Epistemologia Qualitativa e reconhece o **caráter construtivo-interpretativo** do conhecimento.

Ao afirmar o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, González Rey (2005b) enfatiza que o conhecimento é uma construção, uma produção humana e não uma mera apreensão direta da realidade estudada. Entende-se, por esse referencial epistemológico, que o processo de construção do saber não aparece evidenciado em fatos e nem pode pretender se apropriar da realidade em toda sua complexidade. O autor rompe com essa concepção simplista ao reconhecer que o valor do conhecimento está na sua capacidade de produzir novas zonas de inteligibilidade sobre o problema estudado.

Nesse sentido, a produção de conhecimento é um processo pelo qual o pesquisador constrói e interpreta as informações produzidas por diferentes instrumentos, articulando novas ideias e reflexões sobre seu foco de estudo e possibilitando novas construções teóricas. O termo “construtivo-interpretativo” define a construção como o caráter especulativo, as ideias, a criatividade, e o próprio processo subjetivo do pesquisador na produção do conhecimento e

a interpretação como possibilidade de desenvolver novos significados sobre a realidade estudada. A construção e a interpretação se articulam com o momento empírico na produção de um modelo teórico, que possibilitará o desenvolvimento de novas significações sobre o tema que se pretende conhecer.

Nessa concepção, a pesquisa é um processo de construção de ideias e modelos configurada nas necessidades do próprio processo de pesquisa, que não pretende se apropriar do problema em toda sua complexidade, mas adquire legitimidade na construção teórica pela sua capacidade de gerar modelos de inteligibilidade sobre a questão (González Rey, 2005b; 2011).

De acordo com Martinez (2014), o critério de legitimidade, nessa forma de produção de conhecimento científico, é dado “pela congruência e a viabilidade do próprio modelo na sua capacidade de produzir significados que se fundamentem na diversidade das informações empíricas” (p. 64).

Assim, ao contrário do que ocorre na ciência positivista, que opera como se os dados refletissem a apreensão total e objetiva da realidade e pretende concluir sobre um tema, na pesquisa qualitativa proposta, o objetivo é gerar campos de inteligibilidade sobre o fenômeno estudado, por isso a pesquisa deve ter um caráter explicativo que enriqueça a produção teórica. Nesse sentido, considerar o processo construtivo-interpretativo da pesquisa implica reconhecer, como atributo essencial dessa proposta metodológica, o seu caráter teórico.

O lugar atribuído à teoria na pesquisa é inseparável dos princípios gerais que definimos na Epistemologia Qualitativa, pois implica a renúncia ao empírico como lugar de legitimação e produção do conhecimento e orienta a recuperação da qualidade do estudado, especificando suas características ontológicas, o que, de fato, demanda uma definição teórica a qual os princípios metodológicos deverão se subordinar, ao contrário do que ocorre no positivismo (González Rey, 2005b, p. 35).

Outro princípio geral da Epistemologia Qualitativa, estreitamente articulado com o processo construtivo interpretativo e teórico na pesquisa, é a **legitimação do singular** como

instância de produção de conhecimento científico. Tal princípio valoriza a singularidade como fonte de informação legítima para compreender a qualidade de um fenômeno complexo. Ao contrário do que ocorre na ciência positivista, em que as informações empíricas são o critério legitimador, nesta proposta, as características singulares de expressão do sujeito ganham significado dentro de um modelo teórico desenvolvido pelo pesquisador:

A significação epistemológica da singularidade está estreitamente relacionada ao valor teórico da subjetividade no estudo do homem, a cultura e a sociedade, dimensões que se constituem, de forma permanente entre si, na condição subjetiva que define a ontologia desses três sistemas complexos de realidade (González Rey, 2005b, p. 13).

Estreitamente articulada aos outros princípios gerais da Epistemologia Qualitativa, é a consideração do **caráter dialógico e comunicativo** na produção de conhecimento. A comunicação, como dimensão epistemológica, reconhece o espaço social e dialógico entre pesquisador e participantes como meio essencial para facilitar a expressão da subjetividade em sua complexidade. Para González Rey (2005b), a comunicação constitui-se “uma via privilegiada para conhecer as configurações e processos de sentido subjetivo que caracterizam os sujeitos individuais e permitem conhecer o modo como as diversas condições objetivas da vida social afetam o homem” (p. 13).

Os sentidos não são expressões diretas para serem acessadas, mas aparecem na comunicação direta e indireta, na medida em que o participante se expressa de forma livre e reflexiva sobre sua experiência pessoal. Proporcionar um espaço social que favoreça a expressão desses sentidos, por meio de um processo dialógico que envolva o interesse e desejo pessoal pelo tema, significa que a pesquisa proposta “deve aspirar a fazer do espaço de pesquisa um espaço de sentido que implique a pessoa estudada” (González Rey, 2005b, p. 15).

Assim, o papel do participante adquire novo significado nessa proposta epistemológica, não mais como objeto das aplicações do pesquisador, mas como sujeito ativo

e reflexivo, do qual depende a qualidade das informações produzida. Partindo desse princípio epistemológico, recuperam-se os aspectos sociais da metodologia, desconsiderados pela lógica positivista, e a comunicação entre pesquisador e participante, ao invés de ter um “efeito perturbador” à objetividade na pesquisa, passa a ser uma via privilegiada para a produção de conhecimento.

A Epistemologia Qualitativa, ao conceber a produção de conhecimento como processo construtivo-interpretativo, dialógico e comunicativo, que legitima a expressão da singularidade, recupera o participante e o pesquisador como sujeitos ativos na produção de conhecimento. Esse posicionamento epistemológico está intimamente relacionado ao reconhecimento da construção de conhecimento como um **processo subjetivo e social**.

Assim, trata-se de uma proposta de ruptura das formas de produção de conhecimento em Psicologia e nas ciências sociais, que consideram as dimensões subjetiva e social no processo de construção de conhecimento sobre um fenômeno uma “interferência” na investigação científica. Ao contrário, a Epistemologia Qualitativa compreende que essas dimensões são indissociadas de qualquer produção humana e, portanto, integrá-las na construção do saber enriquece a produção de conhecimento nos diversos campos de atuação humana. González Rey (2005b) considera que:

os processos subjetivos e sociais implicados na pesquisa foram totalmente desconhecidos, o que caracterizou não somente a pesquisa científica, como também os diferentes espaços institucionalizados de produção e aplicação do conhecimento, como saúde, escola e os diferentes tipos de instituições da vida política e social (p.16).

No que se refere à produção e aplicação do conhecimento no campo da saúde, consideramos que a proposta epistemológica apresentada neste estudo oferece uma alternativa teórico-metodológica diferenciada daquela que pauta a produção e construção do conhecimento na lógica positivista, ainda hegemônica nas ciências da saúde, representada pelo modelo biomédico.

Para o estudo de sistemas complexos, como saúde e doença e o processo de medicalização enquanto expressão desse sistema, entende-se como fundamental um referencial epistemológico e metodológico diferenciado, que se aproxime da complexidade do fenômeno e que possa orientar a produção de conhecimento sobre a subjetividade humana.

Construção do cenário de pesquisa

Considerando que uma das características da pesquisa qualitativa é seu acesso a temas íntimos para as pessoas pesquisadas (González Rey, 2005b), e que o foco da pesquisa está nos sujeitos e em seus sentidos subjetivos, o cenário em pesquisa consiste em desenvolver um clima de comunicação que facilite a participação ativa do sujeito, de modo a sentir-se confortável para discutir temas de sua experiência. Trata-se de recuperar o sujeito como participante ativo e não como mero instrumento de pesquisa, tornando sua decisão em participar uma decisão pessoal e, portanto, envolvido, subjetivamente, com o processo da pesquisa.

Sendo a pesquisa um processo social e subjetivo, a relação entre participante e pesquisador, assim como o envolvimento ativo daquele são de fundamental importância no desenvolvimento da pesquisa, pois permitirão a reflexão e a expressão de elementos envolvidos nos **processos de subjetivação**, favorecendo o desenvolvimento da produção teórica e a construção do conhecimento.

Na pesquisa desenvolvida no presente trabalho, o cenário social se estabeleceu no contexto de uma **clínica de psicologia** particular em Brasília/DF. A prática clínica implica a construção de um espaço social que estimula a expressão espontânea e reflexiva da pessoa atendida e tem como objetivo provocar a responsabilização e compromisso da pessoa frente ao seu processo de sofrimento. Ou seja, trata-se de considerar a pessoa como sujeito no processo de investigação e protagonista de sua experiência, criando condições para a

construção de conhecimento. Nesse contexto, a pesquisadora se valeu de sua própria prática profissional, por entender que a psicoterapia é um exercício contínuo dos pressupostos da Epistemologia Qualitativa e as conversações terapêuticas representam uma importante via de pesquisa no contexto da clínica. Assim, o cenário de pesquisa está configurado nos marcos da própria prática profissional e a clínica é o campo social na qual a pesquisadora (psicóloga) e a participante (paciente), já estão imersas.

A construção do cenário representa o primeiro momento da pesquisa e uma fase primordial em seu desenvolvimento. É nesta fase que ela foi apresentada à participante de modo a estimular seu interesse e seu envolvimento pessoal na participação do processo. Para a criação do cenário, o contato com a participante se realizou mediante um primeiro encontro, em que foi feito o convite e explicada a forma como ocorreria sua participação no processo.

No caso em questão, houve a opção por revelar o objetivo central da pesquisa e explicar que seriam abordados os momentos relevantes de sua vida, suas maiores alegrias e frustrações, além de temas relacionados a sua saúde e ao seu processo de adoecimento psíquico, sua experiência pessoal com o uso de psicofármacos e qualquer outro tema ou assunto que viesse a surgir, no momento da conversa, e sobre os quais ela quisesse expressar de forma livre. A participante, prontamente, disse estar disponível e, após autorização e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), foi dado início ao processo de coleta de informações.

Participante – Estudo de Caso

A pesquisa desenvolvida sob o referencial teórico da Epistemologia Qualitativa se legitima pela **qualidade** da informação produzida e na construção de novas zonas de sentido para o problema estudado. O número de participantes responde, portanto, a um critério

qualitativo, definido pelas próprias demandas do processo de construção de informação intrínseco à pesquisa (González Rey, 2005b).

Nesse sentido, o sujeito participante será uma via essencial para o aprofundamento das informações produzidas, que deverão ser articuladas com o modelo teórico em construção. Por meio da expressão espontânea sobre o tema, o participante deve ser capaz de prover informações relevantes e singulares em relação ao problema pesquisado. Desse modo, a legitimação do **estudo de caso** singular se define pela sua contribuição para a construção do modelo em desenvolvimento no curso da pesquisa, que amplia novas zonas de sentido sobre o tema estudado.

O sujeito em sua singularidade é uma fonte de estudo excepcional para entender a qualidade de qualquer processo ou atividade humana, que escapa a qualquer tentativa de padronização. Por outro lado, o sujeito é capaz de trazer-nos elementos que são únicos sobre qualquer problema estudado, já que ele/ela nos apresenta esses elementos em uma dimensão de sentido singular que nos permite visualizar aspectos qualitativos que não estão explícitos em nenhuma das dimensões próprias daquilo que está sendo estudado e que ganham sua significação por suas consequências na produção de sentido do sujeito (Gonzalez-Rey, 2012, p. 170).

Feitas tais observações, a seleção da participante foi considerada para aportar o objetivo geral da pesquisa, qual seja, compreender as produções subjetivas relacionadas ao processo de medicalização. Não configura, pois, uma escolha feita ao acaso, mas proveniente de uma produção da pesquisadora que, longe de se posicionar de forma neutra, utilizou a própria subjetividade e as construções de pensamento na prática profissional para produzir conhecimento. Ademais, a prática terapêutica nos aproxima de histórias e casos singulares de pessoas que utilizam o psicofármaco no processo de adoecimento psíquico e que conduzem a reflexões e questionamentos a respeito do tema, num processo de construção de conhecimento que tem, na pesquisa, um momento essencial para gerar inteligibilidade sobre o tema estudado.

A participante escolhida para o estudo de caso tem 55 anos, é solteira e professora aposentada pela Secretaria de Educação do DF. É paciente da clínica há cinco anos e faz uso de medicamentos psiquiátricos há 20 anos. Ao longo de sua vida, a medicação teve papel relevante, e suas implicações se iniciaram na infância, com uso do remédio *Gardenal*, popularmente consagrado como “remédio para loucos”. Na fase adulta, foi diagnosticada com síndrome do pânico e, apesar das crises estarem hoje ausentes, a paciente ainda faz uso contínuo de medicamentos psiquiátricos. Por todas essas razões, entendemos que o estudo de seu caso seria capaz de nos fornecer informações diferenciadas para avançar na compreensão das produções subjetivas relacionadas ao processo de medicalização. Aliado a isso, a riqueza de suas expressões e a boa capacidade de elaboração reflexiva sobre seu processo de saúde e doença e as construções sobre o psicofármaco em sua vida foram fatores essenciais para considerá-la como participante ativa na produção de conhecimento sobre o tema.

Instrumentos

Considerando os princípios da Epistemologia Qualitativa como norteadores da metodologia de pesquisa, os instrumentos são concebidos como toda situação ou recurso que permite ao outro expressar-se no contexto da relação que caracteriza a pesquisa (González Rey, 2005b). Neste entendimento, a aplicação dos instrumentos representa um processo de comunicação que tem como objetivo facilitar a expressão autêntica do participante e, portanto, estimular a produção de sentidos subjetivos com relação ao tema a ser estudado.

Ao contrário do que ocorre na ciência positivista, em que o instrumento é legitimado como via de produção de resultados na pesquisa, como um fim em si mesmo na produção de informação, na perspectiva metodológica adotada nesse estudo, o instrumento representa um meio de estimular a expressão aberta do sujeito, pois disto depende o acesso à sua produção

de sentidos subjetivos e, portanto, à qualidade da informação produzida.(González Rey, 2005b).

Além disso, a informação produzida pelo instrumento não é conclusiva, desvinculada do contexto histórico e do seu referencial teórico - como na metodologia positivista -, mas será interpretada e construída a partir das reflexões e ideias do pesquisador. Os trechos de informação possibilitam o desenvolvimento de hipóteses por meio das interpretações construídas pelo pesquisador que, a partir de sua representação teórica, permite gerar inteligibilidade quanto ao tema em estudo. O pesquisador, portanto, é agente no processo de construção de conhecimento, e não um aplicador e relator de dados.

A legitimidade do instrumento está, pois, intimamente relacionada à qualidade das informações produzidas pelo sujeito emocionalmente envolvido, que permitirá a produção teórica e também a reflexão do pesquisador como meio essencial na produção de conhecimento.

Desta forma, a escolha dos instrumentos, no presente estudo, tem como objetivo facilitar a expressão de sentidos subjetivos e processos simbólicos que caracterizam os objetivos da pesquisa. Os instrumentos utilizados na presente pesquisa serão: sistemas conversacionais e complemento de frases.

Sistemas Conversacionais

A conversação espontânea representa um recurso para facilitar a expressão subjetiva dos participantes da pesquisa por meio de um processo ativo e vivo entre os sujeitos pesquisados e o pesquisador. A qualidade dos trechos de informação produzidos está relacionada com o espaço de pesquisa como espaço relacional, dialógico, comunicativo, que envolva os participantes em reflexões e emoções acerca do assunto estudado.

As conversas são estimuladas por meio de temas gerais e livres, e o objetivo do instrumento é envolver o participante em temas que sejam relevantes para ele, de modo que permeie suas necessidades e interesses, tornando-o sujeito do processo de pesquisa. Isso possibilitará emergir, no curso da conversação, aspectos significativos de sua experiência individual e social e, portanto, os sentidos subjetivos relacionados.

Importante enfatizar que os sentidos subjetivos não surgem de forma direta, explícita, como uma expressão imediata do vivido, mas aparecem em múltiplas formas e níveis de expressão, no nível de elaboração e emotividade, nos silêncios, na temporalidade utilizada, por exemplo. Para Rossato, Martins e Martínez (2014):

não se trata de analisar somente o que foi dito explicitamente, mas de considerar, também, o não dito, o não expresso em palavras, mas comunicado de forma indireta, confrontando essas expressões com as atitudes ou outras falas, apresentadas em diferentes momentos da relação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa que indicam a produção de sentidos subjetivos com valor para a compreensão do objeto de estudo (p. 40).

Os sentidos subjetivos não serão dados a serem colhidos, mas irão adquirir significado pela construção e interpretação do pesquisador. Nesse sentido, este tem uma participação ativa, pois também sua produção subjetiva, suas reflexões e experiências são consideradas inseparáveis do processo de construção do conhecimento.

Completamento de frases

No intuito de possibilitar distintas vias de expressão do sujeito e, portanto, estimular a produção de sentidos subjetivos também diversos, empregaremos um tipo de instrumento que permita que o participante se expresse por outro canal de comunicação: a experiência escrita. O completamento de frases apresenta indutores curtos que devem ser preenchidos pelo participante e podem referir-se a atividades e temas em que o sujeito expresse as suas reflexões e construções sobre o assunto. González Rey (2005b) defende a amplitude da

informação e o efeito de descentração como vantagens da utilização desse instrumento em pesquisa:

O completamento de frases, ao ter indutores muito curtos, permite empregá-los com uma frequência maior, o que auxilia o deslocamento do sujeito com maior facilidade que outros instrumentos, permitindo a expressão de sentidos subjetivos diferenciados em áreas e aspectos muito distintos da vida das pessoas; isso constitui um dos pontos fortes de sua utilidade na pesquisa (p. 57).

Na abordagem metodológica empregada, o completamento de frases, assim como qualquer outro instrumento, adquirirá significado por meio da interpretação do pesquisador. Os sentidos subjetivos associados aos temas não estarão explícitos, mas aparecerão nas hipóteses e interpretação do pesquisador sobre as diferentes expressões do sujeito.

Análise e Construção da Informação

Breves Considerações Iniciais

Na pesquisa qualitativa construtivo-interpretativa, a análise e construção da informação representam o momento em que a teoria, o momento empírico, as ideias e reflexões do pesquisador se tensionam para permitir o desenvolvimento de modelos teóricos sobre a informação produzida. Nesse processo construtivo-interpretativo, formulam-se hipóteses e categorias que permitam significar a informação não evidente nos fatos e não acessível à observação imediata. A especificidade da construção da informação, nessa proposta epistemológica, é justamente o caráter ativo do pesquisador como sujeito do processo de construção, que pretende avançar além do que está explícito no momento empírico.

Para que seja possível o desenvolvimento permanente das hipóteses sobre o tema estudado, González Rey (2005b) utiliza o conceito de **indicador** para designar os elementos que adquirem significado graças à interpretação do pesquisador, ou seja, são construídos sobre informações implícitas e indiretas, não presentes na representação consciente dos sujeitos estudados. Os indicadores não aparecem de forma linear, mas são construídos e integrados a outros indicadores, permitindo uma construção teórica mais ampla. Como tais, têm caráter hipotético e, portanto, partem da reflexão e criatividade do pesquisador que, apoiado em uma variedade de informações empíricas, orienta a elaboração de hipóteses cada vez mais consistentes, que, aos poucos, conduzirão ao modelo teórico resultante da pesquisa.

Nesse sentido, buscou-se o desenvolvimento de modelos teóricos sobre as informações produzidas que possibilitassem a compreensão da dimensão subjetiva relacionada ao processo de medicalização. A pesquisa deve possibilitar reflexões importantes aos participantes a respeito das suas vivências no processo de sofrimento psíquico e que permitam construções

teóricas que facilitem desenvolver novos conhecimentos acerca do fenômeno da medicalização.

Para tanto, a análise das produções subjetivas relacionadas ao processo de medicalização teve por base a categoria configuração subjetiva, o que nos permitiu novas opções para avançar sobre o problema estudado.

Construções a partir das Informações de Helena

Inicialmente, destacamos o modo particular de expressão de Helena: sua fala transcorre com fluidez entre assuntos e tempos diferentes, traz metáforas e exemplos de vida para explicar situações, sentimentos e apresenta bons níveis de elaboração e construção pessoal de sua própria experiência, além de boa capacidade de reflexão.

O primeiro encontro foi especialmente significativo no que diz respeito a sua história pessoal e aos desdobramentos subjetivos das experiências vividas e atuais. O início da conversação deu-se por meio do indutor *suas maiores alegrias e frustrações* e, de maneira progressiva, foi entrando em momentos significativos para ela, fazendo emergir sentidos subjetivos relevantes na configuração subjetiva de seu mal-estar psicológico.

Helena – A minha vida eu senti que foi pautada mais em frustrações, mais pelo meu pensamento mesmo, a minha postura. Porque, hoje, eu vejo que tem muito mais saldo positivo do que negativo. Antes, a minha visão era mais fechada, eu achava que quando eu fazia as coisas e dava errado era porque **eu era muito ruim naquilo ou não tinha talento para aquilo**. Hoje, eu já vejo diferente, que havia um despreparo até na própria resposta da situação, ou seja, eu podia fazer e me dar mal, aí todo mundo falava “Helena, não dá pra isso...”. **Aquilo era o suficiente para eu dizer que eu realmente não servia para aquela situação**. Isso me fez sofrer durante muitos anos. Hoje, estou me conhecendo um pouco mais. Eu vejo que, às vezes, eu até demoro pra pegar uma situação, mas, quando eu pego, eu consigo realizar bem. Antes, eu não tinha essa concepção de mim. Eu pensava assim: eu fui e não consegui, **eu sou ruim mesmo, a outra pessoa foi e conseguiu porque ela é boa**. Era uma coisa sem uma

reflexão maior. Então, hoje, eu já vejo que eu posso fazer, posso até errar, mas não preciso me frustrar, posso continuar.

Percebe-se que a forma de vivenciar as situações e frustrações era se colocando como sendo “ruim”, “sem talento” ou “não servia”, demonstrando um sentimento de desvalorização de si. Os seus “erros” ou dificuldades eram sentidos não como algo que pudesse ser superado, mas como uma confirmação de que o problema era intrínseco a si. Esse sentimento de desvalorização se confirma a partir das expressões em negrito no trecho acima, quando, explicitamente, ela associa a sua incapacidade para gerar alternativas diante dos problemas que ia enfrentado.

O entendimento de que o sofrimento vivido foi resultado de uma postura de interpretação e visão frente à vida representa uma reflexão importante para abrir novos caminhos de desenvolvimento subjetivo, que também aparece no instrumento de complemento de frases, em que expressa:

27. *Sofro*: pouco hoje. Já sofri muito, pelo meu pensar.

1. *A vida*: pode ser interpretada com dificuldades, facilidades ou alegrias e tristeza.

2. *Se eu pudesse*: faria as mesmas coisas que fiz no passado, porém, com outra visão, outro modo de interagir com as pessoas.

A reflexão de que seu sofrimento ocorreu muito em função de sua própria postura e de seu pensamento e de que, hoje, ela é capaz de lidar com o erro e a frustração de uma forma diferente indica que tem havido uma nova produção de sentidos, alternativa àquela que se desdobrou em sua paralisia frente às situações de dificuldade. Outro aspecto que nos chamou a atenção foi a temporalidade em sua fala ao usar as expressões *hoje* e *antes*, que indicam a marcação de uma diferença em seu modo de vivenciar experiências na vida.

Pesquisadora – Quando você fala hoje e antes, qual é o marco?

Helena – O marco não tem muito tempo não, o marco tem uns dois ou três anos, eu acho. **Porque a terapia foi me abrindo.** É como se fosse assim... uma **falta de diálogo que existiu na minha infância, na minha adolescência**, a terapia me faz fazer essa reflexão.

Pesquisadora – Essa reflexão sobre...

Helena – Sobre a vida, sobre o comportamento, as coisas. Então, por exemplo: “ah, não deu certo, mas não deu certo, por quê?” Às vezes era por conta de uma coisa besta, outras era importante. Eu não fazia essa reflexão. Ou eu acertava ou eu errava, e normalmente eu errava, por quê? Porque na minha cabeça já estava que eu era errada.

A criação de um espaço de diálogo, que reconheça o outro a partir de suas próprias contradições, favorece a abertura de alternativas e a emergência do outro enquanto sujeito. Nessa concepção, a terapia representou um espaço relacional importante para a produção de sentidos subjetivos associados à vivência de lidar com as dificuldades, com a reflexão sobre seus problemas e a sua própria autoimagem como pessoa capaz.

No discorrer do diálogo, Helena sente necessidade de exemplificar o sentimento expresso em “na minha cabeça já estava que eu era errada” e lembra uma experiência da escola:

Helena – Aí eu ia fazer e saía errado. E isso até tem exemplos muito claros, que eram exemplos relevantes na verdade, quando eu fazia esporte. Porque eu era escolhida para competir, mas eu não ganhava, não ganhava porque eu fazia bem menos do que poderia... Eu ficava nervosa e não saía nada. Então, por exemplo: uma vez fui escolhida pra fazer salto em distância. Eu era a melhor da escola no salto em distância. Aí foi aquela galera pra torcer por mim lá, né? Quando cheguei lá, eu fiz muito menos do que eu costumava fazer. A professora ficou decepcionada. E eu ficava decepcionada comigo mesma. **Eu achava que eu não tinha condições de ser a melhor.**

Neste trecho, ela relembra uma vivência importante de sua infância, que gerou sentidos subjetivos associados à sua experiência de frustração e de incapacidade, experiência que é inseparável de sentidos subjetivos convergentes com aqueles no momento atual. Era um momento em que as pessoas estavam torcendo por ela, mas sentiu que os decepcionou porque fez menos do que poderia ou do que costumava fazer. Sobre esse aspecto, quando ela finaliza com a frase: “Eu achava que eu não tinha condições de ser a melhor”; associada às afirmações

de que “na minha cabeça já estava que eu era errada” são expressões de insegurança e medo, cujas emoções lhe bloqueavam o sucesso.

É necessário apontar que havia uma valorização tanto social, ao ser escolhida pela escola para a atividade, quanto de si, quando ela afirma: “*Eu era a melhor da escola no salto em distância*”, e quando continua a relatar sobre sua experiência na escola:

Helena – Eu podia até ter um saldo bom. Por exemplo, nas aulas, na escola, eu **sempre fui destaque**. Me chamavam pra ser representante de turma. Não foi uma vez, mas foram umas três, quatro vezes. Eu recusava porque eu **não queria entrar em conflito** com os colegas, ser dedo-duro, essas coisas.

Ou seja, mais uma vez, ela enfatiza uma posição valorativa de suas capacidades como aluna, seu bom relacionamento com colegas e professores, sendo reconhecida e valorizada na escola, assim como pondera a importância que as relações tinham para ela, que não queria “entrar em conflito”. Trata-se de experiências que a apontavam como uma pessoa de liderança, de bom desempenho na escola e nos esportes, mas que, em contrapartida, trazem uma contradição com seu sentimento de incapacidade, de ser “ruim” e “sem talento” presentes em sua fala anterior. Nesse momento, achamos importante trazer esta contradição:

Pesquisadora – coloca que era boa atleta e boa aluna, porque achava que era ruim ou sem talento?

Helena – Hoje, eu fico vendo, **minha mãe sempre falava assim: “A Helena é esforçada, ela não é inteligente”**. Isso ficou na minha cabeça e é realmente é o que eu penso isso de mim. Eu questiono também, será que os inteligentes também não se esforçam antes de mostrar a inteligência?

Helena – Hoje, eu vejo que eu não era tão esforçada assim, **era esforçada em relação à minha família**, em relação aos valores da minha família. Eles não gostavam de estudar, então eu era esforçada pra eles, porque eu era a única que estudava. Minha mãe foi muito frustrada, porque gostava da **boemia, de cantar. Então isso era relevante na família. Então são os valores, né?** Eu não tinha esses valores, então eu sempre fui a esforçada. **O que mais ficou foi essa coisa “A Helena é esforçada”**.

Pesquisadora: O que sentia disso?

Helena – Me sentia pesada, porque só com esforço eu consigo. **Significava que não tinha talento, não tinha inteligência. Eu me sentia excluída.** O esforço significava uma falta de inteligência.

Nesse trecho da conversação, surge um aspecto muito importante associado aos processos subjetivos de incompetência e de incapacidade: a sua relação com a família. Na escola, foi “sempre destaque”, mas, perante os valores da família, ela é vista como esforçada, não como inteligente. A família de Helena era formada por músicos, desde a época de seu avô, e eram frequentes as reuniões familiares em que as pessoas tocavam e cantavam, mas ela se sentia excluída, pois não sabia cantar. Nesse momento, podemos compreender quando diz “sem talento” associado ao fato de ser ruim. A família foi, sem dúvida, uma fonte importante de produção de sentidos subjetivos associados a essa vivência dela de incapacidade. Isto fica claro no instrumento de completamento de frases, quando expressa:

26. *Minhas maiores frustrações:* não ser cantora. Não me sentir uma pessoa inteligente.

Assim, suas maiores frustrações estão relacionadas com o fato de não corresponder ao que era valorizado em sua família e se sentir excluída, que é um **indicador da centralidade da família em sua produção subjetiva.**

Helena – Minha mãe incentivou os filhos, mas os filhos que tem tendência. Colocou todos na escola de música, exceto eu, porque eu não tinha tendência... Ou seja, não adiantava me colocar na escola de música, na concepção dela. Porque, na minha, ao contrário, eu quem deveria ir. Por exemplo, **“a Helena é quietinha”**, o meu irmão que dava trabalho, ela levou pro psicólogo, mas eu que era quietinha não precisava, não atrapalhava ninguém, não dava trabalho. Na verdade, eu era que precisava mais na época, por isso mesmo fui precisando mais tarde. Por quê? **Porque eu aceitava tudo, não queria conflito, então era boazinha com todo mundo, dentro de casa. Na rua eu falava o que eu queria, mas em casa não.**

As expressões subjetivas que emergem em relação à desvalorização são expressões de sua relação com a família, em especial com a mãe. Sua exclusão e frustração nesse processo são ainda relacionadas pelo fato de ser “quietinha”, “boazinha”, de não querer ter conflito. O fato dela não ter talento para a música já a colocou num lugar diferente do resto da família e, unido a isso, seu esforço pelo estudo não foi valorizado pela família, pois esse não era um valor familiar. Esse conjunto de processos em que não foi valorizada pela família foi fonte de sentidos subjetivos associados à insegurança e ao medo dela em relação a suas próprias capacidades, que apareciam ante as situações de competição e confrontação.

Ressalte-se que, em outros espaços sociais, como na escola e na rua, ela se sente valorizada e livre para falar o que quer, mas são as relações com a família que se tornaram relevantes para a configuração subjetiva de seu modo de vida e personalidade. De acordo com Gonzalez Rey (2004, p. 30), “a família é um elemento fundamental na promoção da saúde humana, pois nela se forma a personalidade dos mais novos e se desenvolve permanentemente a dos mais velhos. A família é, também, um cenário permanente de produção subjetiva”.

A partir da informação levantada, abrimos a **hipótese quanto à importância da família na emergência de sentidos subjetivos cuja configuração se expressou na insegurança, medo e mal estar que caracterizam seu estado psicológico atual.**

Configuração subjetiva do sofrimento psíquico

Em relação à experiência de sofrimento psíquico, anterior à síndrome do pânico e que ela define, inicialmente, como depressão, Helena relata:

Helena – Foi uma experiência muito dolorida, muito dolorida mesmo. Ela começou quando eu voltei da Espanha, eu acho que tive uma depressão pós-parto, porque eu comecei a ter depressão lá, por isso eu voltei ao Brasil. Como eu conheci um continente civilizado, sem preocupação com segurança, quando eu retornei, **eu comecei a ter medo de andar na rua.** Lá não tinha muita gente na rua. Aqui, eu ficava pensando: o que esse pessoal está andando tanto na rua e o que cada um deve

estar pensando? **Era muita coisa... Muita gente pensando muita coisa num espaço geográfico muito pequeno...** Começou a vir uns raciocínios assim na minha mente. Comecei a refletir isso logo que cheguei.

Nesse trecho, Helena expressa, com emotividade, o sofrimento a partir da experiência vivida e entende que o sofrimento psíquico inicial foi a depressão pós-parto, pois, no período em que estava na Espanha, ainda grávida, houve a separação do marido. Apesar disso, ela relata que estava conseguindo lidar bem com a situação, inclusive tendo o apoio do Estado para cuidar da filha. Porém, o marido voltou a procurá-la sob a promessa de voltarem a ficar juntos e ela decidiu reestabelecer sua relação com ele. Como consequência disto, ela perde o amparo estatal e, quando a filha nasce, decide morar na casa de pessoas ligadas ao seu marido, porém desconhecidas para ela. Ela acreditava que o marido iria se unir a ela definitivamente, mas ele, por fim, volta a abandoná-la. Tal vivência acabou por se integrar na configuração de sua depressão: “eu não me conformava de não ter o pai para auxiliar na criação dela, de dar atenção, aquilo me doía profundamente... tudo isso eu carreguei para o Brasil, esse sentimento”.

Ela define como momento decisivo para o início de sua síndrome do pânico, sua chegada ao Brasil, quando passou a ter medo de andar pelas ruas. O trecho “*Era muita coisa... Muita gente pensando muita coisa num espaço geográfico muito pequeno...*” causou estranhamento pela relação feita com o medo de andar pela rua. Além disso, há certa angústia e confusão perceptíveis em sua fala quanto a esta reflexão. Intuitivamente, para o pesquisador, essa relação parece indicar que o medo que ela começou a sentir estava além da questão da preocupação com a segurança na rua e que precisaríamos nos orientar para entender o sentido de sua fala: o que “era muita coisa” para ela?

Portanto, vimos a oportunidade de questionarmos mais sobre o sentido dessa reflexão que ela disse ter feito:

Helena – É... Porque lá (na Espanha) as pessoas tinham suas casas... Outra coisa: eu fui para uma casa dos meus pais, de 55 m², que tinham nove pessoas morando, de todas as idades, com mentalidades diferentes... Então eu cheguei nessa situação. Onde, mesmo eu lá, sem nada, sem muita condição de sobrevivência, eu tinha o meu lugar de dormir, minha filha tinha lugar de dormir, e não tinha quase ninguém na casa, dava tempo de pensar, mesmo tendo depressão no final. As coisas fluíam assim, naturalmente.

O retorno dela é marcado pela volta à casa dos pais, um lugar pequeno onde moravam muitas pessoas e, novamente, se contrapõe ao vivenciado na Espanha, onde as “pessoas tinham suas casas”. Esse trecho, provocado pelo interesse da pesquisadora sobre sua reflexão quando chegou ao Brasil, nos ajuda a compreender sua expressão anterior: “*Era muita coisa... Muita gente pensando muita coisa num espaço geográfico muito pequeno...*”, que parece refletir uma produção subjetiva da situação pessoal que vivenciou. Usa a expressão referenciada a pessoas nas ruas, mas parece indicar a situação de confusão que vivenciou em casa. Ainda, o contraponto que ela faz com o modo como vivia na Espanha reforça que, apesar das dificuldades enfrentadas lá, havia seu próprio espaço e “dava tempo de pensar” indica que, na casa dos pais, era o contrário. Além disso, deve-se considerar que sua casa era um espaço onde sempre se sentiu inferior e no qual não era tão valorizada como os outros membros da família em virtude de sua “incapacidade musical”.

Em outro momento da conversação, a partir do tema introduzido pela pesquisadora a respeito de como vivenciou seu processo de adoecimento, Helena voltou a relatar sobre a experiência de seu retorno à casa dos pais:

Helena – Quando eu cheguei aqui, que vi toda essa situação, em 55 m², **eu me acuei, fiquei acuada, por que eu pensava: meu deus e agora, o que eu faço?** Eu não posso fazer a mamadeira da minha filha, porque minha mãe diz que eu não sei fazer mamadeira, então na cozinha eu não entro. A única coisa que me sobrou foi ficar olhando minha filha, eu ficava lá no sofá olhando. **Então, esse acho que foi o princípio da Síndrome do Pânico.**

É interessante notar como ela define o princípio de seu sofrimento psíquico, ainda que a doença tenha sido diagnosticada muitos anos depois. Nesse contexto, entende-se que a configuração subjetiva do transtorno mental não coincide, necessariamente, com a emergência do sintoma, ou seja, a doença não deve ser caracterizada apenas pelos seus aspectos sintomáticos, e sim compreendida em sua organização subjetiva. Se sentir **acuada e sem possibilidades de ação** integra a sua experiência de adoecimento, em uma processualidade, de modo que devemos nos aprofundar nesta experiência subjetiva para compreendermos os sentidos que integram seu mal-estar.

Considerando que essa referência ao início da síndrome do pânico com o retorno à casa dos pais apareceu outras vezes, explicitamente, nas conversações, e por entender que esse marco histórico se configura, subjetivamente, de forma a integrar sua experiência quanto ao adoecimento psíquico, tornou-se necessário investigar as produções subjetivas associadas à sua forma de definir e qualificar o seu sofrimento:

Pesquisadora – O que quer dizer com se sentir “acuada”?

Helena – Quando eu vim da Espanha, eu já vim com outras ideias. Realmente eu estava precisando de se acolhida pela minha família, por causa da separação, do sofrimento, minha filha nasceu, instabilidade... Foi ótimo quando eu cheguei, me senti acolhida. Mas, no momento em que me foi tirando os valores, ou seja, eu também não era aquela pessoa de antes de ter ido, eu não era a mesma que voltei, porque eu tive outras vivências, e não respeitaram isso. Como quem diz: “Helena, você não sabe... você não sabe... deixa que eu cuido da sua filha porque você não sabe” (refere-se à mãe).

Então, o apoio e o acolhimento da família, naquele momento, foram importantes, porém ela começou a sentir uma restrição de sua liberdade de agir e tomar decisões, especialmente em relação aos cuidados com a filha. O início da doença, para ela, está ligado a esta vivência restritiva, em que seu lugar na casa foi reduzido à passividade de se sentar no sofá e apenas observar a filha, e quando isto era justificado pela sua suposta incapacidade. Além do que, o sentimento de não a terem respeitado quanto aos seus próprios valores e

vivências representa um **indicador do forte caráter afetivo dos processos que facilitaram o desenvolvimento de seu mal-estar psicológico.**

Tomando como base o referencial teórico adotado neste estudo, compreendemos que a configuração subjetiva da doença integra também o seu posicionamento frente a esse processo, por isso achamos necessário provocar esta reflexão:

Pesquisadora – Por que acha que aceitava essa situação?

Helena – **Porque eu sempre fui assim. Eu não queria conflito.** Hoje, eu consigo, mas não muito ainda, dizer *não*. Quando eu digo *não*, é muito melhor para mim. Mas, antes, por que eu não dizia *não*? Eu pensava “poxa, eu ainda to aqui...” Já tinha todo aquele quadro de pessoas com problemas e ainda chegamos eu e minha filha. Eu pensei: “o que eu posso fazer é dar uma melhorada nesse quadro, não vim aqui para piorar. Então, não posso ficar à toa, vou ter que ajeitar isso aqui, essa casa de 55 m²”. Aí eu comecei a trabalhar cada situação, resolvendo os problemas dos outros, e nisso acho que esqueci de mim...

Sua primeira reação ante o questionamento aponta, novamente, para a dificuldade que tem em lidar com conflitos. É importante considerar o que significa “conflito” para ela: trata-se de uma consequência de dizer *não*, ou seja, de discordar e se posicionar de modo diferente do outro, que também se relaciona com o aspecto social valorativo de ser “boazinha”. Nesse sentido, há uma passividade em enfrentar a situação e assumir uma posição diante dela. Aliado a isto, existe um sentimento de obrigação e gratidão perante a família, que é um sentimento paradoxal: gratidão por ter sido acolhida, mas mal-estar por, em outro momento de sua vida – dessa vez frente ao seu papel de mãe –, ter sido desqualificada.

A afirmação de que “sempre fui assim” é importante para compreender que essa dificuldade em se posicionar é a forma recorrente de lidar com os conflitos e que não estava presente apenas no período da vivência da situação, mas configurada em sua história passada e compreendida como parte de sua personalidade.

Helena – A síndrome do pânico foi porque eu adoeci psicologicamente... O problema foi que eu estava ali, eu queria sair e não saía, como se eu tivesse presa a cadeado e não pudesse sair, na verdade a opção existia, mas eu não via essa opção.

Pesquisadora – Presa a quê?

Helena – **Presa à família, aos valores das pessoas daquela família, valores que já não eram meus.** Eu seguia os valores que não eram mais meus. Porque eu estava ali e eu era da família e os valores valorizados eram aqueles, então também não adiantava eu querer colocar o meu valor ali. **Então isso que me amarrou,** que eu queria desenvolver outros valores e eu fiquei naqueles valores, **presa a sete chaves, assim, no meu sentimento, sem conseguir sair.** E quando eu vim com a minha filha pra cá, já existia isso, mas eu com ela amarrou mais ainda, porque a minha insegurança aumentou e aí é que estava a cadeados mesmo e eu falei “daqui eu não posso sair”. Enquanto a minha filha não estiver com pelo menos cinco anos, eu pensava assim, entendeu? Foi isso que eu acho que aconteceu: eu já vinha lá da Europa com problemas que foram se somando ali, que se eu tivesse vindo com o meu problema e tivesse ido morar no meu canto eu ia tá só com os meus problemas. Mas aí, eu deixei de lado os meus problemas, na verdade, talvez numa fuga também, talvez quase certo, uma fuga. Eu cheguei, vi todo mundo com problema, eu falei “não, eu não tenho nem problema”.

O sofrimento de se sentir presa aos valores da família, que conflitava com sua vontade de desenvolver seus próprios valores, representou um sentimento de aprisionamento que ela relaciona com seu adoecimento psíquico, importante elemento de sentido subjetivo do transtorno do qual Helena padece. Nesse momento, torna-se mais clara a vivência subjetiva dessa relação que estabelece: ainda que tivesse enfrentado grandes dificuldades na Espanha, sentia-se livre para tomar suas próprias decisões, tinha autonomia naquele ambiente. Mas quando retorna à casa dos pais, novamente, sentidos subjetivos que se expressam na desvalorização e sentimentos de incapacidade aos quais ela fica “presa” são gerados e contribuem para seu sentimento de dependência, insegurança e mal-estar subjetivo.

Dessa maneira, Helena fica aprisionada a certas representações sociais dominantes sobre a família e não é capaz de aceitar os próprios sentimentos frente a esse conflito, ou seja, desconsidera seu sentir autêntico, o que a impede de gerar alternativas a partir dos próprios recursos subjetivos, criando-se esse sentimento de aprisionamento. Essas contradições, quando não podem ser transcendidas por posicionamentos individuais, são fontes permanentes de tensão que vão incapacitando a geração de novos caminhos de subjetivação, processo essencial associado à emergência dos sintomas.

A relação com a família é expressa no completamento de frases:

4. Minha família: é muito boa, mas não me encontro nela, nos sentimentos e amizade.

8. Ter filhos: é bom, quando se consegue criar em um ambiente familiar harmonioso e descontraído.

19. Muitas vezes penso: em morar fora de Brasília ou mesmo ficar tendo uma moradia em outro lugar **totalmente fora das proximidades da minha família**.

Há uma contradição nas duas primeiras frases: quando define que é bom, mas que, realmente, não as experienciou como positivas. Ela reafirma seu sentimento de não pertencimento afetivo à família e de que a experiência da maternidade é boa se condicionada a uma criação em um “ambiente familiar harmonioso”, o que não ocorreu, como havia relatado anteriormente.

Além disso, é interessante notar que, diante de um indutor totalmente indireto, a última frase, unida a outras, de caráter direto, constitui um forte **indicador das relações com a família como centro de seu mal-estar**: morar “totalmente fora das proximidades da minha família” é algo que pensa com frequência, um desejo, que parece relacionado ao seu bem-estar.

Pesquisadora – Fale um pouco sobre isso.

Helena – Eu acho que isso aí tem a ver com a **liberdade**, porque todas as vezes que eu me senti **livre**, independente da dificuldade ou não, eu estava fora de Brasília, estava

morando em outro lugar. Então, eu simplesmente fazia exatamente o que eu pensava fazer e hoje, não, se eu vou fazer eu penso “mas será que isso é bom mesmo?”

Pesquisadora – você acha que ter essa liberdade é mais fácil longe da família?

Helena – Exatamente, pra ficar livre. Talvez, **a família que eu sinto que me faz ficar muito presa... Quando eu estou fora, as minhas ideias são mais livres**, se eu acho que eu tenho que colocar uma maçã aqui em cima, não vem ninguém falar: “Helena, essa maçã tem que estar ali...” entendeu? Eu vou e faço... *(pausa)* **Vai ver que é por isso que vem o desânimo também, pode... né? De repente... Porque, se você não tá fazendo exatamente do jeito que você quer, pra que fazer? Melhor ficar parado e eu tenho muito isso, eu analiso, se eu vou fazer uma coisa e aquilo ali vai ter que ser transformado depois, é melhor nem fazer**, eu sou muito assim.

A tensão em querer reafirmar sua liberdade e autonomia e a subjetividade social da família que a pressiona, em um tipo de modelo e de posição com relação a si mesma de incapacidade, gera um conflito em seu mundo afetivo. As emoções resultantes desse conflito dominante em sua vida provocaram vivências restritivas, de dependência e insegurança, que levam ao seu mal-estar psicológico e que ela associa à proximidade com valores familiares.

O desejo de **liberdade e autonomia** também é expresso nas seguintes frases:

32. *Tenho vontade*: de voar, estar livre.

16. *Gostaria*: de me sentir livre, como algumas pessoas que conheço.

5. *O tempo mais feliz*: é quando realizo o que desejo.

Outro aspecto importante de seu relato vem a partir das reflexões que faz durante o próprio curso da conversação: ela associa seu desânimo à falta de liberdade e respeito quanto às suas decisões, que são, constantemente, contestadas e modificadas. Seu posicionamento diante dessa situação, se expressa no fato de que é “melhor ficar parado” e “melhor nem fazer”, integrado ao sentimento de paralisação e passividade presentes em seu mal-estar. A partir dessa reflexão, podemos compreender o sintoma “desânimo” como uma produção subjetiva resultante dos desdobramentos que a configuração subjetiva singular de Helena

toma no curso da experiência vivida, o que nos afasta da concepção generalizante do sintoma como entidade descritiva universal da doença.

A emergência de uma configuração subjetiva geradora de sentidos subjetivos que se expressam na insegurança e medo unidos à sua incapacidade em se posicionar frente à família, que participa desses sentidos subjetivos, desencadeia um processo subjetivo que a absorve e frente ao qual perde sua capacidade de gerar novos caminhos de subjetivação. Esta é uma aproximação à configuração subjetiva atual de seus sintomas:

17. Eu sou: muito passiva, quando deveria expor minhas ideias e concretizá-las, mas não consigo.

6. Sinto dificuldade: de interagir com as pessoas que eu me sinta senão valorizada, me sinta igual às pessoas que eu dou valor.

14. Aprendi: a ter calma, tolerância que se perdeu ou jamais tive a iniciativa perante a opinião dos outros. A minha sucumbe.

20. Esperam que eu: seja boba e eu muitas vezes acabo sendo.

Uma configuração subjetiva caracterizada por emoções de menos valia e de passividade não é resultado de uma relação linear ou direta, mas de uma relação recursiva que se desenvolve a partir dos desdobramentos subjetivos que ela, inserida nestas condições, produz no curso da sua experiência de vida. No processo recursivo de desenvolvimento da subjetividade, os sentidos subjetivos nunca podem ser considerados como reflexos de uma ação direta cultural ou social; são uma produção subjetiva em que os aspectos simbólicos e emocionais das experiências vividas se integram na organização de uma configuração subjetiva dominante. Nesse sentido, o referencial teórico permite romper com a consideração dela como vítima, e da família como causadora de seu sofrimento, uma vez que Helena integra e compartilha do desenvolvimento dessa configuração subjetiva, que emerge em suas atividades e relações atuais.

Helena – Não sei por quê sempre quero ir pelo caminho mais difícil para resolver as coisas, parece que para eu conseguir as coisas tem que ser com muita dificuldade.

Pesquisadora – talvez porque escolhe o caminho mais difícil, isso faz pensar que não é inteligente ou capaz...

Helena – **Aí tem que ser esforçada!** Olha que tem uma coisa ligada a outra mesmo! Essas palavras se ligaram agora!

Ao apontarmos para a possível relação existente entre a escolha pelo caminho mais difícil e seu sentimento de incapacidade, a participante faz uma associação muito interessante que remete à percepção de si, muito arraigada pela família, e que a marcou profundamente: o estereótipo de ser “esforçada”. A partir da reflexão de Helena, interpretamos que seu entendimento de que, para conseguir as coisas, “tem que ser” com muita dificuldade, é o modo como se aproxima das situações de vida. Além disto, de forma inconsciente e recursiva, ela reafirma um sentimento de incapacidade, reforçando o papel de “esforçada” e os sentidos subjetivos relacionados a menos valia.

Essa é uma expressão de sua configuração subjetiva atual que se desenvolve e alimenta recursivamente, e que só pode tomar novas formas ante uma subversão emocional. De fato, o seu anseio por liberdade existencial e o desejo de afastamento da família já são expressões dessa subversão emocional, que podem possibilitar atuar como sujeito de seu desenvolvimento. Em relação à família, ela compreende que o distanciamento pode favorecer o rompimento dessa configuração - e que concordamos ser uma alternativa válida -, mas é importante considerar que, em última instância, a superação do sofrimento está no favorecimento de um posicionamento ativo, a partir do qual ela consiga gerar novos caminhos de subjetivação, alternativos àqueles que definem seu sofrimento. Afinal, não é a família em si a causadora de seu mal-estar psicológico, e sim como essa relação toma forma em como percebe a si mesma nas diversas instâncias de sua vida.

Helena – Sabe o que eu acho que pode melhorar? Quando eu vivo sozinha, sem família, eu tenho a impressão. Eu acho que eu não posso ficar numa zona muito confortável, eu tenho que estar fazendo. Eu fico feliz com determinadas coisas que não fazem parte do meu dia-a-dia e que poderiam até fazer. É como se não desse, não sei...

Helena – Porque sozinha, nesse período que eu estava fora, eu estava mais assumida do que eu tinha que fazer. Eu acho que o que acontece... eu vou falar, né? Acho que **eu crio uma dependência em relação a outra pessoa. O problema não é a outra pessoa, é que, se tem outra pessoa: “ah, deixa, ela faz”**.

Já na transcrição acima, observa-se como ela, quando está sozinha, é capaz de fazer, de se orientar, mas na relação com a família sempre fica dependente dos critérios e opiniões dos demais. Tal dependência, que está aliada também à sua dificuldade em lidar com conflitos, a paralisa, num processo recursivo que, ao mesmo tempo, a impede de desenvolver sua autonomia, mas que ela sente como uma zona confortável.

O Processo de Mudança: A Emergência do Sujeito

No decorrer da pesquisa, Helena esclarece como começou a melhorar em relação ao seu sofrimento psíquico, apontando momentos especialmente importantes: quando ela resolveu sair da casa dos pais com a filha, ainda experienciando a síndrome do pânico em alto grau, e ao ser diagnosticada com câncer de mama. Quanto ao primeiro momento, ela relata:

Helena – **Quando eu fiquei muito ruim, tomei uma decisão: falei pros meus pais que ia morar sozinha com minha filha.** Falei para eles que precisava fazer uma mudança e se eu não consigo fazer uma mudança dentro de mim, eu vou fazer fora. Vou morar só com minha filha e **tenho certeza que vou melhorar**. “Mas não consegue fazer nada sozinha, como vai levar sua filha e morar só?” Mas eu pensava: **eu preciso fazer uma mudança na minha vida**. Se não está bom, se está péssimo... eu já tinha começado a tomar o remédio, já tinha começado a melhorar um pouquinho. Aí veio essa ideia.

Helena – Ah, outra coisa antes disso: quando comecei a tomar Fluoxetina e com a psicóloga, com o tratamento, ela colocava que eu estava implodindo e aconteceu uma

coisa interessante e acho que **a partir daí comecei a melhorar: comecei a me esvaziar, a falar tudo que vinha das pessoas que conviviam comigo, que eu guardava.** Quando falei tudo que estava guardado, tudo que tinha engolido “de sapo” de cada um, não por culpa deles, porque eu mesmo engolia, parece que melhorei. **Foi tão incrível, eu falava e chorava, era uma explosão, parece que tirou tudo de estragado que tinha aqui dentro.** Eu mesma fiquei espantada do que saiu da minha boca, **eu não esperava isso de mim.**

Helena – Descarreguei, comecei a tomar o remédio e decidi mudar. Hoje eu vejo que fui até corajosa nesse ponto, mas sabia que precisava fazer essa mudança, **era uma questão de sobrevivência.**

Nesse momento de sua vida, acontecem processos muito significativos de ruptura em seu posicionamento frente à família. Ela começa a falar o que pensa para todos ao invés de “guardar” pra si - outro aspecto relacionado à passividade e fuga dos conflitos. A emotividade presente em sua fala e as expressões que usa para se referir ao seu estado, tais como “esvaziar”, “explodir”, “descarregar” revelam que havia suportado essa angústia por muito tempo e chegou ao seu limite. A fala e o choro representaram a ruptura desse limite e também um aspecto essencial que ela associa à melhora de seu sofrimento psíquico, uma vez que “tirou tudo de estragado que tinha aqui dentro”.

No curso dessa experiência, ela toma outra decisão de ruptura com a família ao sair da casa dos pais. Nesse momento, ela confronta a família que, mais do que nunca, devido às limitações da doença, reforçavam sua incapacidade de sair de casa e morar com a filha. Porém, o sofrimento era tão grande que a mudança de vida foi considerada uma questão de sobrevivência. Ela luta para viver e, nesse processo, entende ser necessário um posicionamento ativo diante de sua saúde mental, expresso na decisão de fazer uma mudança em sua vida.

A necessidade de ter seu próprio lar, entendida como decisão fundamental para a melhoria de seu sofrimento na época, possui um importante valor simbólico das relações com

a família como centro de seu mal-estar, que reforça os indicadores previamente construídos. A mudança de vida a que se refere representou, essencialmente, a mudança ou a saída daquela configuração familiar, tida como limitadora para sua saúde psíquica.

Ela, que tinha como seus principais dilemas as relações familiares, a dificuldade de se posicionar, de expressar seus sentimentos e escolhas, ao assumir um caráter ativo diante da doença e da vida, foi capaz de gerar alternativas frente aos sentidos subjetivos hegemônicos que marcaram sua vida. Pode-se dizer que, da pessoa que antes parecia sem possibilidade de ação, presa, passiva, tal posicionamento representa a sua emergência enquanto **sujeito** do próprio processo de desenvolvimento.

Outra experiência que ela afirma ter sido essencial para seu processo de melhora psíquica foi o diagnóstico de câncer de mama. Em um dos momentos da conversação, ela diz: **“o câncer me salvou da síndrome do pânico”**. Achamos pertinente compreender seu significado:

Helena – Porque eu estava entre a cruz e a espada, ou seja, eu tinha uma síndrome do pânico, aí aparece um câncer, era muita coisa pra minha cabeça, **eu sabia que se eu entrasse em depressão no câncer, era meu fim**. Aí eu pensei assim: **“eu não posso pensar, eu tenho que agir”**, aí eu comecei a fazer tudo que tinha que fazer. Como eu não queria deixar minha mente vazia pra ficar me preocupando, eu comecei a usar meu tempo pra tudo que fosse em relação ao câncer: tem uma palestra ali, vou lá, tem... livros, comprava livros, então, eu estava inteirada.

Helena – Eu comecei tendo que ir no médico fazer os exames, um monte de coisas que **eu não conseguia nem sair de casa e eu comecei a ter que fazer isso, então, isso era prioridade**, aí, com isso a síndrome foi diminuindo e diminuindo...

Foi muito interessante, apesar de ter sido... **eu nem considero que foi sofrido porque foi um sofrido físico, mas a minha cabeça estava cada dia melhorando, né?**

A síndrome do pânico era uma doença tão terrível para ela que a possibilidade de desenvolver uma nova doença psíquica, a depressão, como consequência do câncer, era o que mais lhe angustiava. Diante dessa perspectiva, ela assume, novamente, um **posicionamento**

ativo, quando procurou alternativas para não ficar “parada”, desenvolveu novas capacidades de ação e se afastou de um modo de vida paralisado e acuado. Ela compreende que ou cresce e vira sujeito da doença ou, como ela mesma diz, “vai ser seu fim”. Assim, mesmo insegura, toma um posicionamento diante do câncer que se configura como uma expressão de vida e não de morte:

Helena – o câncer me puxou pra ôpa! me acordar pra vida e falar, agora você tem que optar, ou você vive ou você morre, porque realmente teve momentos que eu pensei que fosse morrer. Na síndrome do pânico eu pensei que fosse morrer muito mais vezes e muito mais intenso. No câncer eu percebi que eu podia morrer, sim, mas não era uma coisa tão aflita, então eu conseguia raciocinar, ver o que era melhor pra acontecer, então o câncer pra mim foi uma salvação, eu até agradeço, sabe?

Essa nova orientação de seu modo de vida teve um papel essencial na evolução favorável do adoecimento psíquico. Ela sente no câncer “uma salvação” porque desvia o foco da síndrome do pânico, da família, da dependência e começa a agir, o que lhe obriga a novos processos de subjetivação que, de fato, se tornaram um recurso terapêutico importante. Essa ruptura de subjetivação nova lhe permitiu gerar alternativas diferenciadas diante do adoecimento e agir como sujeito do processo de adoecimento.

É importante considerarmos as dimensões de sentido subjetivo produzidos pelos diferentes indivíduos ao se confrontarem com o adoecimento: para muitas pessoas, o câncer ainda é uma doença muito associada à representação de morte e pode ser o início de um transtorno psicológico, mas, para ela, representou um caminho alternativo que lhe reduz o sofrimento, o que parece paradoxal, mas muito real na dimensão subjetiva.

Resultando, assim, que nenhuma doença é portadora de sentido subjetivo em abstrato, pois os sentidos subjetivos que são produzidos nesse processo configuram-se de maneira singular na história da pessoa dentro dos múltiplos referentes e ações no contexto atual da sua vida. (Mori e González Rey, 2012, p. 149)

Em relação à síndrome do pânico, também há uma construção subjetiva singular sobre essa experiência, que ela define como “um aprendizado muito sofrido”. A doença é qualificada como um aprendizado, pois possibilitou rupturas na configuração subjetiva de seu mal-estar e ações para o desenvolvimento de sua saúde mental.

Helena – eu sempre fui muito séria, eu aprendi a ser menos séria depois que eu passei por essas doenças, sabe? Aí que eu fui conhecer o outro lado, que você pode ser flexível, que eu não era...

No instrumento “completamento de frases”, inserimos a frase direta quanto à experiência do câncer, em que ela reafirma como positiva, mas traz também outro aspecto dessa vivência comparada à síndrome do pânico e achamos importante ressaltar:

15. A experiência do câncer: foi boa pra mim, se comparada com a que tive de Síndrome do Pânico.

Helena – Porque quando apareceu o câncer eu estava ainda no auge da Síndrome do Pânico. Aí, o que aconteceu? Como o câncer é uma **coisa física, visível**, que você tem que resolver na hora e todo mundo vê, todo mundo tá ali preocupado...

Pesquisadora – Com a síndrome do pânico não tinha preocupação?

Helena – Tinha, mas pros outros era como se fosse uma **frescura... É diferente o olhar de quem... o físico, o doente físico, com o doente mental, muito diferente.**

Pesquisadora – O que é diferente?

Helena – As pessoas estão mais preparadas pra uma doença... pra ajudar as pessoas pra uma doença física, principalmente câncer, “meu Deus, é coisa de morte...”. Então, quando você tá com aquele problema, **as portas se abrem** pra você resolver os seus problemas com o câncer, **com a síndrome do pânico precisa de uma compreensão maior** e as pessoas não estão preparadas pra isso.

Helena – **Como não está visível fisicamente, as pessoas confundem, acham que a doença é da sua cabeça, você que criou aquilo...** não deixa de ser, mas como se você pudesse “descriar” e se você não “descria”, é porque você não quer, porque você tem essa capacidade. O meu amigo dizia: “ah, você tem que se esforçar, Helena”. E o pior é que quando você tá com a síndrome e uma pessoa fala assim, é muito mais difícil, porque você pensa: **“gente, ele não sabe o tamanho do muro que eu tenho que pular pra conseguir fazer isso”**.

Neste trecho, Helena aponta para um aspecto fundamental da subjetividade social dominante nos processos de saúde e doença: a invisibilidade da doença mental. O sofrimento só é legítimo se for uma manifestação objetiva, física, visível; as pessoas se preocupam, compreendem e “as portas se abrem”. Do contrário, o sofrimento é interpretado como “frescura”, a pessoa está “inventando a doença” ou mesmo é capaz de decidir parar de sentir os sintomas e não estar mais doente.

O foco no corpo parece ser mais valorizado do que a dimensão subjetiva e social envolvida nos processos de adoecimento e os sintomas físicos são mais aceitos socialmente - expressões típicas do modelo biomédico - e servem para validar a seriedade e a importância do cuidado de quem precisa de tratamento.

O estudo dessa expressão que caracteriza o funcionamento social, diante da doença mental, permite compreender o modelo biomédico como produção subjetiva social e constitui uma via privilegiada para produção de conhecimentos sobre outros aspectos essenciais, entre eles, a falta de visibilidade do adoecimento psíquico e a desconsideração dos aspectos subjetivos e sociais da doença.

Então, é possível contribuir para esse campo de estudo ao destacarmos os contornos da invisibilidade da doença mental, que é uma questão importante a ser considerada nas campanhas de saúde, por exemplo, como também nos processos de educação e intervenção na saúde pública, na clínica psicológica e psiquiátrica. Isso implica a necessidade de informação e apoio pela rede familiar e social da pessoa, com intuito de promover a compreensão e a valorização do sofrimento psíquico e respeito à pessoa.

Medicalização do Sofrimento Psíquico e Subjetividade

O modelo teórico em desenvolvimento permite a visibilidade da configuração subjetiva envolvida no transtorno mental, que deixa de ser considerado como entidade patológica, a priori, e passa a ser compreendido como uma configuração subjetiva singular de processos subjetivos que se dão no curso da experiência da pessoa, que pode se transformar em fonte de mal-estar, impedindo a pessoa de gerar alternativas saudáveis diante de experiências vividas (González Rey, 2011).

Essas construções interpretativas possibilitam, neste momento do estudo, a articulação entre o sofrimento psíquico e a medicalização. A expressão da medicalização se apresenta na gestão que o homem faz de sua saúde, do seu sofrimento mental e das representações que faz acerca de si mesmo. O modo como a pessoa lida com seus processos de saúde e doença e a opção por um tratamento baseado em psicofármacos, portanto, representam uma produção do indivíduo na sua relação com o mundo.

No caso singular estudado, entende-se que a expressão da medicalização está pautada no longo tempo de uso de psicofármacos (mais de 20 anos) e, principalmente, no fato das crises de pânico já estarem ausentes há mais de quatro anos, mas Helena ainda faz uso desse tipo de medicamento. Esses são **indicadores** da centralidade do medicamento como forma de lidar com seu sofrimento psíquico, e apontam para uma representação subjetiva sobre o remédio. Deste modo, buscamos compreender a medicalização no contexto complexo de sua configuração subjetiva, com intuito de gerar visibilidade sobre os processos subjetivos nos quais o medicamento adquire sentido para seu adoecimento psíquico.

De acordo com Mori e Gonzalez Rey (2012) “os processos relacionados à saúde estão comprometidos com as diferentes representações de um momento histórico com relação ao

tema e também com os processos de sentido produzidos pelos diferentes indivíduos ao se confrontarem com o adoecimento” (p. 148).

A história de Helena com uso de medicamentos começou muito cedo, aos seis anos de idade, quando reclamou de dores de cabeça para a mãe, que a levou a um médico neurologista. Após os exames, foi detectada uma disritmia e passou a tomar o remédio Gardenal e continuou usando-o até a fase adulta, aos 22 anos. Apesar deste medicamento ser utilizado na prevenção do aparecimento de convulsões, na época, era popularmente conhecido como “remédio de loucos”. Essa representação pode estar associada ao fato de ser indicado para pessoas com epilepsia, que foi, culturalmente, uma patologia ligada a sinais de loucura ou, ainda, pela representação social da loucura como doença mental, definida a partir da clínica das patologias orgânicas, expressão do modelo biomédico.

Helena – Era só uma disritmia, mas aí tomava esse remédio e **eu tinha consciência de que eu, na minha cabeça, eu não podia fazer besteira**, senão já iam dizer: “ah, porque toma remédio”, porque esse remédio, Gardenal, até hoje o pessoal, quando tá meio doidinho fala assim: “ah, fulano toma Gardenal”.

Helena – **Doidinha porque toma remédio psicotrópico, né?** Então minha mãe sempre foi reservada, nunca ficou falando que eu tomava remédio, às vezes, só com a minha família, né? Mas ela sempre tratou todo mundo igual, nesse sentido assim nunca... mas eu tinha medo de aparentar outra coisa e alguém chegar e ficar jogando na minha cara, “ah, toma Gardenal” e aquilo ia me deixar mais embaixo ainda...

Ainda que o medicamento tenha sido indicado para tratar uma disritmia cerebral, a associação do psicotrópico à “loucura” expressa os sentidos e significados produzidos no espaço social em que ela está inserida. Além disso, o próprio encobrimento da mãe quanto ao fato dela tomar medicação torna-se um elemento de sentido sobre o medicamento, uma vez que seu uso deve ser ocultado e essa informação restrita apenas à família. É importante ressaltar o forte caráter afetivo de Helena em relação à sua mãe, que se expressa, novamente,

no último trecho, quando traz o modo como a mãe lidava com a situação e como isso repercutia nela.

Esses sentidos socialmente produzidos se integram ao modo como ela vivencia a relação com o remédio e se desdobram em sentidos subjetivos singulares, que passam a ser elementos de sua subjetividade individual, expressos no sentimento de que não poderia “fazer besteira” e de que tinha “medo de aparentar” algo relativo ao estigma de doente mental. Quando afirma que o policiamento de seu comportamento está associado a não querer se sentir “mais embaixo ainda”, significa que havia um sentimento de menos valia anterior para o qual esses novos sentidos convergem.

Essas interpretações são um **indicador** do valor subjetivo do medicamento para ela, o que se integra mediante sentidos subjetivos diversos em sua configuração subjetiva, reforçando sua passividade e insegurança, pois não permitem que se expresse livremente, tendo que policiar seus atos, posto que qualquer comportamento traduzido como fora do “normal” estaria associado à loucura ou teria repercussões afetivas no modo de ser tratada pela mãe.

Helena – Quando eu tomei de 6 a 22 anos, o remédio me deixava um pouco fora da realidade, então, eu sempre lutei pra estar na realidade dentro de mim, pra que isso não ficasse muito... muito visível, dentro de mim, as pessoas nem sabem, né? **Então, mas eu era muito divertida, assim, na minha escola, nunca fui aluna ruim, mas minha mãe sempre comenta, comenta até hoje: “a Helena sempre foi esforçada”, eu não gostava desse comentário, eu não acho que eu era esforçada, eu só acho que eu era a mais esforçada lá de casa, ou seja, era o tipo de vida de cada família, lá na minha família é considerado assim: a inteligência é nata, o talento é nato, nada é aprendido.**

Nesse trecho, ela relata um dos efeitos do medicamento e como isto a afetou, mas é a continuidade de sua fala (em negrito) que nos chamou a atenção, quando ela relaciona aos sentidos subjetivos de ser esforçada, configurados em sua família. De que modo estão configurados os sentidos subjetivos de ser “esforçada” ou sem inteligência e os efeitos do

medicamento em sua produção subjetiva? Em fala posterior, ela traz novamente esses temas relacionados:

Helena – A química influenciou nas minhas...em muita coisa. Então, eu acho que o remédio também me proporcionou insegurança, porque, quando eu tomava o Gardenal, que era muito... muito pesado, eu sempre tive problema de memorizar as coisas e eu acho que isso atingia a memória também. É o que sempre me atrapalhou porque...eu não me acho tão inteligente, mas, por outro lado, eu acho que até eu sou inteligente, porém, desmemoriada, então, que adianta inteligência sem a memória? Você entende uma coisa, e aí não lembra da palavra pra poder falar sobre aquele assunto, e isso me veio desde muito cedo...

A partir de seu relato, compreendemos como os efeitos colaterais do remédio, tais como, a dificuldade de memorização e o sentimento de “estar fora da realidade”, se integram aos sentidos subjetivos associados a “não ser inteligente”, o que reforça sua insegurança e sentimentos de menos valia, repercutindo em seu próprio estado subjetivo. A experiência com o uso desse medicamento também veio influenciar o modo como lidou com os psicofármacos, quando estes foram prescritos, num momento posterior, para tratar a síndrome do pânico:

Helena – Meu pai me levou numa clínica e o médico perguntou tudo que tava se passando, foi num livrinho dele lá para ver os sintomas e falou: “olha, você está com a síndrome do pânico”. Eu nem sabia o que era isso, mas realmente o nome tem tudo a ver, você fica em pânico o tempo todo. Aí ele passou Fluoxetina, mas levei muito tempo pra tomar esse remédio, achava que ia passar mal. Fiquei com o remédio uns seis meses guardado e não tinha coragem de tomar, achava que ia piorar. **O remédio era um vilão pra mim.**

Helena – Eu tinha impressão que ia ficar louca. Vai que eu tomo um remédio que me tira da realidade? Já tomei remédios fortes e pensava: “isso eu não quero, eu quero estar consciente” dava a impressão que eu podia perder a consciência a qualquer momento, eu tinha esse medo. Eu me vigiava pra isso não acontecer. Eu não queria ir em médico de maneira alguma. Era como se o médico fosse me dar o remédio e a coisa ia ficar muito pior. Eu já tava tão mal que a sensação era de que, se eu tomasse alguma coisa, ia ficar pior.

A repercussão negativa para ela com o uso do Gardenal, que a deixava “fora da realidade”, converge para os próprios sintomas de despersonalização da síndrome do pânico. Assim, diante do adoecimento e da potencialização dos efeitos colaterais do remédio, ela decidiu não procurar médicos quando começou a apresentar sintomas de seu mal-estar, mesmo sob a insistência da família. Aqui vemos um aspecto da subjetividade social do papel do médico como prescritor de medicamentos que, em seu caso singular, foi justamente o que a afastou de procurar ajuda, pelo receio do tratamento medicamentoso. De fato, essa foi a intervenção proposta pelo médico, que não deu atenção à sua condição subjetiva singular, frente ao tratamento e aos aspectos que poderiam estar relacionados ao seu problema, o que poderia favorecer, inclusive, a adesão ao tratamento proposto ou ainda a opção por estratégias alternativas.

Antes de receber esse diagnóstico, ela havia procurado um médico neurologista, pois, naquela época, acreditava que seu problema era resultante da disritmia que teve na infância, como se tivesse “aflorado” anos depois. No entanto, não foi constatada nenhuma alteração física que correspondesse aos seus sintomas. Sobre esta vivência, ela relata:

Helena – Eu acreditava no neuro, porque já tinha um histórico. O neuro não descobriu nada e se ELE tivesse dito que era síndrome, seria diferente. Era o **único profissional** que eu acreditava que pudesse dar um diagnóstico, outro não.

Pesquisadora – E o psicólogo?

Helena – Como eu tinha muitos problemas de resolver em casa, eu ia no psicólogo pra ir me ajudando a desenrolar isso, mas eu **não imaginava que o psicológico tivesse essa influência tão forte**, de chegar a ser uma doença gravíssima. Enquanto parecia que era uma pressão baixa, era uma coisa, mas aí quando ficou mais forte, achei que era neurológico, porque já não era simples, eu não sabia que o psicológico podia chegar nesse ponto.

A centralidade do saber médico e a valorização dos aspectos físicos do transtorno são aspectos da subjetividade social nos processos de saúde e doença que, associados aos seus

próprios sentidos individuais construídos em sua história de vida, conferem ao médico neurologista a habilitação para dar o “diagnóstico” para seu mal-estar. O questionamento sobre o psicólogo, feito pela pesquisadora, teve a intenção de trazer uma contradição em relação a uma reflexão anterior de Helena de que “sempre soube que seu mal-estar era psicológico”. Percebe-se que, mesmo intuindo que seu mal-estar é psicológico, não foi autêntica na aceitação do sentir singular sobre seu processo de adoecimento, o que não permitiu, na época, gerar opções a partir da própria subjetividade.

Nesse momento da construção de informação, destacamos alguns complementos de frases e trechos da conversação, com intuito de nos aproximarmos dos **sentidos subjetivos associados ao uso do medicamento em sua configuração subjetiva:**

12. A doença: é como uma lição de vida, um sinal, tratá-la não é só tomando remédios e cuidando fisicamente, é preciso mudança de hábitos.

Pesquisadora – Traz essa reflexão sua...

Helena – Então, porque eu tive esse exemplo meu mesmo, né? Vivenciado, assim, há muitos anos. **O remédio é como se fosse um paliativo**, ou seja, ele ajuda, mas ele não... **não cura se você não fizer alguma mudança de hábito, pode ser de alimentação, pode ser de... sentimentos, mudança de sentimentos**, até mudança de lugar, algum tipo de mudança tem que ser feito pra você ficar boa.

Mais uma vez, ela traz o sentido da doença em sua vida como aprendizado e um sinal de que deve haver uma alteração da dinâmica que atua em seu sofrimento, para além dos cuidados físicos e do uso do remédio. Nesse sentido, ela rompe com a perspectiva biomédica de que o caminho para a cura acontece, fundamentalmente, com uso de remédios ou agindo em seu aspecto físico: são as mudanças de hábitos e de sentimentos que se fizeram necessários para a melhoria de seu mal-estar psicológico.

Essa reflexão está intimamente relacionada ao próprio conceito de **modo de vida** e sua articulação com a saúde mental, entendida por Gonzalez Rey (2011) como a mudança

objetiva de hábitos, seja na alimentação, na realização de exercícios físicos e de novas atividades sociais - que supõem novas relações e novos sistemas de ação e valores - como também na construção de processos que, por sua vez, são fontes de novas configurações subjetivas. No caso estudado, as mudanças em seu modo de vida tornaram-se um recurso importante na produção de novos espaços de sentido, que se desdobraram em relevantes transformações na configuração subjetiva hegemônica relacionada ao seu sofrimento.

Pesquisadora – Por que você acha que o remédio é um paliativo?

Helena – **Porque o meu tipo de remédio, principalmente, é um remédio que trata do cérebro**, de uma parte do cérebro que tem que ter serotonina, essas coisas. Essa serotonina, por exemplo, é uma coisa que você adquire pelo sol, através da melatonina, que se transforma em serotonina, isso é o lado físico da coisa, né? Eu fazia caminhada no sol justamente com essa intenção e eu via que melhorava o humor, **mas se você também não fizer uma forcinha pra você melhorar também o seu jeito de... de encarar as coisas, também não adianta muito**. Então, teve uma época que eu não conseguia sorrir, fazer nada, e eu percebi que estava realmente... muito difícil. Aí eu comecei levando as coisas mais pra brincadeira e nessa história, isso ajudou muito... então, **essa serotonina é muito importante pra mim, pra todas as pessoas, mas tô falando, pro meu tratamento porque é a substância do prazer, né? De você... de relaxar, e eu tinha essa dificuldade**.

Ainda que reafirme a mudança de atitude frente à vida como processo para sua melhora e o remédio como paliativo, percebemos como reproduz as expressões do modelo biomédico em seu discurso. O sofrimento mental tem um equivalente biológico - o cérebro, e o “tipo de remédio” que usa (psicofármaco) age como alterador químico capaz de proporcionar sensação de prazer. Inclusive, o uso da expressão popular que define a serotonina como “substância do prazer” representa o discurso biomédico no senso comum e o poder das representações sociais dominantes que associam o bem-estar psicológico a modificações bioquímicas do cérebro. Dessa forma, devemos refletir a respeito das premissas

utilizadas na lógica biomédica que atuam nas produções subjetivas de quem precisa de tratamento e influencia na escolha pelo tipo de tratamento dado ao sofrimento psíquico.

Helena – **O remédio te relaxa e, nesse relaxar, ele te faz esquecer lá atrás, não se lembrar mais do presente**, pra você poder fazer as coisas, achei isso ótimo, principalmente a Fluoxetina e o Citalopram, porque **você não fica preocupado... só age no que tá no presente, se não tiver no presente, um problema...** Então, tem o lado bom da coisa, mas o lado ruim é que prejudica a memória.

Inicialmente, o uso de psicofármacos foi evitado por ela, tendo em vista que o remédio era considerado um vilão, o que gerava mais insegurança. Ela inclusive deixa de tomar um dos remédios, na época, porque potencializava sua sensação de estar fora da realidade, “como se não estivesse neste planeta”, sentia-se “dopada”. Em outro momento, o prejuízo da memória é contrabalanceado com “o lado bom da coisa”, ou seja, o remédio passa a ter um significado diferente daquele que caracterizou sua insegurança, e seus efeitos são considerados “ótimos” para seu estado subjetivo. As expressões que ela usa associadas aos efeitos do medicamento (relaxar, esquecer, se preocupar) são **indicadores** da representação subjetiva do medicamento no modo de lidar com os problemas e com seu sofrimento psíquico.

Helena – **Esse remédio controla o que eu sinto, a emoção.** A vantagem é que a coisa fica mais superficial, se tem alguma coisa grave, você não vê com tanta gravidade, então você supera com mais facilidade. O lado desfavorável, como é meio superficial, as coisas boas são superficiais, então, se tem uma alegria forte, ela fica amena, se tiver muito ruim, também não fica tão ruim. **Só que você sente a segurança de que qualquer coisa pode acontecer que você vai se manter equilibrada. Esse é o lance do remédio.** Você fica segura, como se fosse um **escudo**, se protege, porém tem a desvantagem de não ter o sentimento aguçado daquelas emoções. Ou seja, a vida fica “meia-boca”, porque você não vive ela, não sei, intensamente.

Aqui surge outra dimensão de sua subjetividade em relação ao remédio: o controle das emoções. O efeito apaziguador do medicamento, ao mesmo tempo em que anestesia o sofrimento e facilita lidar com as dificuldades, afeta seus estados de alegria e prazer na vida. Trata-se de uma anestesia existencial em que se substitui o sofrimento por uma ausência de sensações. Para Gonzalez-Rey (2004, p. 84): “as emoções representam um momento da qualidade dos relacionamentos entre o indivíduo e seu meio, e estão comprometidas, simultaneamente, com os processos de auto-organização da subjetividade”. Ou seja, as emoções se constituem e se modificam a partir de um processo dialético entre o indivíduo e o espaço social em que está inserido. Quando o medicamento é utilizado como recurso para “controlar” as emoções e aliviar as tensões e angústias resultantes de sua interação com o meio, torna-se, de fato, um “escudo” subjetivo.

A consideração de como vivencia os efeitos do medicamento e, sobretudo, como simboliza e atribui significados a esta condição expressam uma produção subjetiva sobre o remédio, que a protege de ter que enfrentar e se posicionar frente aos elementos reais envolvidos no conflito, bem como parece suprir, de forma singular, o desejo de equilíbrio emocional. Suas reflexões representam um **indicador** de que o sentimento de **segurança** que ela desenvolve em relação ao medicamento tem um valor subjetivo importante na configuração de seu adoecimento psíquico.

Outro **indicador** do valor subjetivo do psicofármaco, em sua configuração subjetiva, aparece no completamento de frases, diante de um indutor que expressa um sentido subjetivo central no momento atual de sua vida:

22. Meu maior problema: é me libertar do remédio e me sentir livre.

Helena – Porque, na verdade, o remédio fez parte de toda minha vida, então, me libertar do remédio é uma libertação da minha vida inteira.

Pesquisadora – O quê isso significa?

Helena – Eu acho que **significa assumir a minha vida**, sabe? Parece até que eu não assumi, quer dizer, eu tenho a minha vida assumida das coisas, mas é um assumir diferente, é um assumir... **me sentindo livre**, me sentindo assim, livre, totalmente...

Pesquisadora – Você acha que com o remédio não se sente livre?

Helena – O que acontece, o remédio... vamos fazer uma comparação assim, é como se fosse um cadeado, o **cadeado de uma prisão**. Aí, você deixou de tomar o remédio, um cadeado simples de abrir, né?...como se fosse o princípio de uma liberdade, “pronto, não tomo remédio”, é como se fosse assim: agora, eu posso ser como eu sou, não tem remédio, não tem desculpa de nada.

Helena – Porque eu questiono o seguinte: **por quê eu tive que tomar remédio a minha vida inteira?** Desde a infância, né? (...) Depois, quando eu voltei com a minha filha, eu já não estava bem, então, eu ia trabalhar, tinha que ir pro banheiro, abaixar a cabeça, porque dava a impressão que eu ia desmaiar, era um sufoco, até que descobriu que era síndrome do pânico que foi aumentando, aumentando... aí eu comecei a tomar o remédio para a síndrome e tomo até hoje, então, quer dizer, **é uma vida inteira tomando remédio, esse tipo de remédio, não tô falando os outros, porque eu nunca tive outros tipos de problema de saúde, né? Esse tipo de remédio eu queria deixar de tomar, porque eu acho que ia me sentir livre.**

A liberdade é um tema recorrente nas expressões de desejo dela em relação à vida, conforme havíamos esclarecido anteriormente, e ela define como “viver a vida exatamente como você quer”. Está associada, ainda, à vontade de morar longe da família, cujas relações estão no centro de seu mal-estar. Consideramos que a **liberdade** à qual ela se refere é uma liberdade existencial e subjetiva, intimamente relacionada à libertação dos processos subjetivos que estão na base de seu mal-estar psicológico. Nesse sentido, ser livre implica a reconfiguração subjetiva do sofrimento mental, que se expressa em sentimentos de menos valia, insegurança e dependência afetiva.

Nesse trecho de informação, o aspecto valorativo de liberdade em sua vida aparece associado ao remédio, mas não a qualquer tipo de remédio, como ela frisa no final do trecho:

trata-se, fundamentalmente, do psicofármaco. O “tipo de remédio” que a acompanhou durante toda a vida e do qual ela quer se libertar está associado à representação do psíquico e ao adoecimento mental, já que nunca teve “outros tipos de problemas de saúde”. Além disso, o **medicamento** integra múltiplos sentidos subjetivos em sua configuração subjetiva dominante e ainda é um dos recursos centrais utilizados por ela no manejo de seu sofrimento. Então, liberdade e remédio se integram em sua produção subjetiva sobre o adoecimento psíquico de maneira que, libertar-se do medicamento, seria uma expressão simbólica de sua saúde mental.

Ela compreende que é necessário assumir-se de modo diferente frente à vida, a fim de gerar alternativas para a liberdade que busca e, em última instância, o seu bem-estar emocional e sua saúde mental. Essa elaboração, juntamente com o questionamento reflexivo de ter tomado medicação a vida inteira e a sua intenção de deixar de tomar, são caminhos para geração de novas produções subjetivas e representam um aspecto essencial para o processo de mudança e no desenvolvimento de sua saúde.

No decorrer da pesquisa, questionamos, abertamente, acerca do significado do medicamento em sua vida atualmente com intuito de provocarmos esta reflexão:

Helena – Ainda acho que é uma **muleta**. Meu psicológico é muito forte. **Se não me sentir bem, eu já penso no remédio**. Hoje, eu já vejo que tem outras possibilidades: se não se sente bem, tem que saber porquê e tentar resolver. Mas, se me sinto mal, eu penso: foi porque não tomei o remédio. Se já tomei o remédio e vem uma dor de cabeça, então penso: não é nada! *(pausa)* **Eu tomo o remédio, já sei que estou ótima, só porque tomei o remédio**. Passo o dia bem. O remédio é como uma **vitamina necessária para poder passar o dia**. Quando fiquei sem tomar, dá uma espécie de dor de cabeça, você não fica relaxado.

Ainda que exista uma elaboração reflexiva do medicamento como um problema e o reconhecimento de processos subjetivos na gênese de seu mal-estar, o medicamento é considerado o parâmetro que define o seu bem-estar emocional. Esta contradição, unida à

analogia do medicamento como “muleta”, reforça o **indicador** de que o sentimento de **segurança** se integra na configuração subjetiva de seu adoecimento, pois o fato de estar medicada significa estar bem psicologicamente.

As outras possibilidades de ações alternativas às quais se refere estão na conscientização de seu mal-estar, na responsabilização, no questionamento construtivo das fontes de seu adoecimento, que favoreceriam o desenvolvimento de novos caminhos diante de processos que lhe afetam. Porém, quando o seu mal-estar é determinado pelo uso ou não do medicamento, a principal estratégia de intervenção será um recurso técnico, o que impossibilita oferecer conhecimento quanto aos aspectos subjetivos associados ao seu mal-estar. Essas expressões coadunam com a lógica biomédica, que pauta a forma como enxergamos os processos humanos de saúde e doença, ao explicar a subjetividade humana como funcionamento bioquímico, concebendo o corpo ainda como uma entidade separada e o medicamento como recurso para o bem-estar emocional.

No desenvolvimento da construção da informação sobre a produção subjetiva do medicamento em sua vida, apontamos para um momento especialmente importante na pesquisa, quando Helena foi solicitada para ler as frases que completou no instrumento, bem como que discorresse a respeito delas. De todas as frases, uma, em particular, a mobilizou:

24. O remédio: sei que sempre foi um paliativo para minha cura, mas sempre me senti segura usando-o.

Ao ler esta frase, ela, visivelmente afetada, fica em silêncio por algum tempo olhando para a folha de papel:

Pesquisadora – O que te veio agora?

Helena – Viu que é forte? Viu? Não, é que eu nem lembrava dessa frase que eu tinha colocado, achei forte essa... Porque você vê como é que tem essa relação do livre, ser livre, com o remédio e a dificuldade de tirar, porque ele ainda é uma segurança(!) Ele é uma segurança e sempre foi, na verdade.

Pesquisadora – Segurança em relação a quê?

Helena – Ao meu sentir mal, né? O **medo** de sentir mal, então, o remédio é como se fosse o bem, acho que é isso.

Helena – **Porque, as vezes que eu larguei, eu me senti mal, por isso que eu não quero me sentir mais mal, mas eu quero largar**, mas eu também não quero largar para me sentir mal. Por isso que é delicado isso aí, mas eu acho que vai ficar menos delicado se eu for fazendo desse jeito que eu fiz, um ano de 10 mg, porque logo quando eu diminuí pra 10 mg, eu senti algumas coisinhas durante alguns meses, mas também, depois que passou, eu me senti bem melhor.

Esta foi uma expressão carregada de emotividade da qual emergem sentidos subjetivos, associados à liberdade, remédio e segurança, e que configuram sua produção de sentido em relação à doença. Ainda que já tivesse mencionado tal aspecto direta e indiretamente em outros momentos da pesquisa, é neste momento que ela parece tomar consciência do sentido que o medicamento teve para si durante a vida. O remédio não lhe proporcionava o bem-estar ou a “cura”, era um paliativo para sua doença, aliviava o sofrimento, mas ela continua seguindo com o mal-estar, principalmente diante de situações emocionalmente conflitantes. No entanto, lhe dava a segurança de que os sintomas da síndrome do pânico não se manifestariam diante das dificuldades que enfrentava.

Diante disso, podemos dizer que existe uma dependência subjetiva em relação ao medicamento que “lhe dava segurança” e, precisamente, aquilo que lhe faltava era exatamente segurança. Então, ela buscou recursos para se sentir segura no uso do remédio. Esta interpretação, aliada à contradição do complemento da frase, na qual afirma que sempre foi um paliativo, mas sempre se sentiu segura usando-o, é um **indicador** da importância do remédio para sua saúde mental, porém não pelo que, objetivamente, o remédio lhe proporcionava com relação ao que sentia, mas porque ela gerava sentido sobre o remédio.

Diante dessas considerações, ao contrário do que defende a lógica biomédica de que o medicamento atua sobre a dinâmica psicológica da pessoa, levantamos a hipótese de que a dinâmica psicológica produz sentido sobre o medicamento.

Essa elaboração hipotética também permite compreender sua angústia diante do impasse em querer tirar o remédio e o medo de passar mal sem ele. Não se trata do uso do medicamento em si, mas dos processos emocionais e simbólicos relacionados à doença, ao medicamento, à segurança e liberdade que se desenvolvem em sua produção subjetiva e dão um significado particular ao rompimento com o remédio, tornando esse processo especialmente significativo em sua vida.

Saúde Mental e Modo de Vida

É importante ressaltar que Helena vem, progressivamente, diminuindo a dose do remédio como estratégia para solucionar tal impasse. Trata-se de um posicionamento ativo coerente com as elaborações e reflexões subjetivas associadas ao remédio. Mais do que isso, representa um indicador central para lhe definir como **sujeito** do próprio tratamento, definindo ações que permitam o desenvolvimento do que ela considera importante para sua saúde mental. Nesse sentido, apontamos para a capacidade da pessoa produzir conhecimento sobre seu adoecimento e de buscar possibilidades de desenvolvimento para sua saúde, que é um aspecto, muitas vezes, desconsiderado no modelo biomédico, em que a categoria “doença” parece reificada como objeto de conhecimento técnico sem reconhecer a relevância do saber da própria pessoa sobre seu processo de saúde e doença.

Sobre sua experiência diante desse processo, ela relata:

Helena – Depois que diminui o remédio de 20mg para 10mg deu uma diferença muito grande. Eu sinto a **vida mais prazerosa**. E, com a **terapia** e tudo, eu estou conseguindo **superar as dificuldades** que tem, não estou mais encarando da mesma forma que antigamente. Hoje, eu **abri mais o leque de opções**, isso facilita. Se antes

eu não conseguia, me estressava, passava anos pensando naquilo. Chega uma hora que estressa, isso também pode ter sido um motivo da **síndrome do pânico**. Então, acho que **essa mudança de raciocínio** está ajudando muito, porque quando você tira o **remédio que anestesia**, você diminui a anestesia e aumenta a percepção das coisas.

Helena – Se eu tivesse percebendo as coisas como antes, talvez eu não tivesse tirado os 10 mg, né?

Pesquisadora – Me explica isso...

Helena – Se eu não tivesse modificado meu raciocínio podia ser que, se tivesse tirado esses 10mg, poderia me fazer mais falta, porque hoje eu não sinto nenhuma falta desses 10mg que foram tirados. (*pausa*) Porque, **com minha mudança de raciocínio, eu comecei a preencher meu tempo com coisas agradáveis. Mas também não foi fácil fazer isso, eu fui construindo. Porque, quando você está na inércia, você quer permanecer na inércia, não sei explicar, uma zona de conforto...** O estudar foi excelente. Ano que vem penso em fazer música, fazer canto, para utilizar minhas noites.

A decisão de diminuir a dose da medicação não é uma ação isolada para o seu bem-estar subjetivo, já que está articulada com novas formas de encarar suas dificuldades, de abrir o leque de opções e com a mudança de raciocínio, expressões indissociadas dos processos de subjetivação que se integram em seu **modo de vida**.

Logo acima, ela traz, novamente, que a mudança de postura diante das dificuldades foi favorecida pelo **processo terapêutico**. A terapia, como espaço dialógico, que provoque e estimule a reflexão sobre a própria experiência, possibilita a responsabilização do sujeito frente ao processo de adoecimento e favorece a capacidade em empreender novos caminhos para seu bem-estar. Assim, a partir de seus próprios recursos, o sujeito será capaz de desenvolver alternativas diante da configuração subjetiva que está na base de seu mal-estar. Considerando o referencial teórico adotado neste estudo, entendemos que a “mudança de raciocínio” representa um processo de ruptura dessa configuração subjetiva, processo inerente ao **desenvolvimento humano** e de importante desdobramento para sua saúde.

A estreita relação que faz entre a “mudança de raciocínio” e a “diminuição da medicação” é essencial para compreendermos os sentidos subjetivos envolvidos em sua produção subjetiva. Ela afirma que tal mudança permitiu que o remédio não lhe fizesse falta. Mas falta de quê? Se considerarmos os indicadores construídos, podemos dizer que lhe faltava, justamente, uma segurança emocional para lidar com suas dificuldades e o remédio representava uma proteção para não se sentir mal, isto é, “anestesiava” suas emoções.

A segurança depositada no remédio - um recurso externo - parece dar lugar a uma segurança que parte dela mesma quando se sente capaz de gerar alternativas frente às dificuldades que enfrenta. O que interpretamos é que a “modificação do raciocínio” ajuda a superar as dificuldades, o que supre, de certo modo, a sua *necessidade* de segurança. Isso repercute no próprio sentido que ela dá ao remédio, o qual vai perdendo, progressivamente, a importância e a função que desempenhava nessa configuração subjetiva.

A utilização de seu tempo livre com “coisas agradáveis” também representa um posicionamento ativo que afasta a centralidade do remédio como recurso para seu bem-estar. Mobilizar-se para atividades nas quais tem prazer e desfruta é direcionar os próprios interesses para uma satisfação pessoal. Para ela, não foi fácil realizar isso, pois a antítese da “inércia” e da “zona de conforto” está na orientação ativa, o que implica uma ruptura significativa dos modos de relação passiva que tinha diante da vida. Essa orientação leva a uma **mudança no modo de vida** que, por sua vez, facilita novas produções subjetivas, favorecendo o desenvolvimento de sua saúde.

Ainda, gostaríamos de destacar os exemplos das atividades ou “coisas agradáveis” que ela cita ao final do trecho: os estudos e a música. Estas atividades estão relacionadas à sua história pessoal e cuja produção subjetiva teve importantes desdobramentos na sua configuração subjetiva dominante. Inclusive, no completamento de frases, ela definiu que suas maiores frustrações eram “não se sentir uma pessoa inteligente e não ser cantora”. A

opção por essas atividades tem, portanto, um valor para ela. A experiência de voltar a estudar foi enriquecedora, pois recuperou valores relacionados ao conhecimento e à aprendizagem que, para ela, são importantes, mas sempre foram desconsiderados pela família. Isso possibilitou uma nova produção de sentidos sobre sua força de vontade, sua capacidade intelectual e a possibilidade de sucesso:

Helena – O estudo mexe com aprendizagem, então me tirou da inércia. Para falar a verdade, **achei que nem teria condições de fazer o curso, achei que não fosse dar conta**. Mas me comprometi e tive que estudar. E, nesse **estudar e conviver com as pessoas com os mesmos propósitos e dificuldades**, isso fez com que desfocasse... **você desfoca que usa remédio**, você começa a ocupar seu tempo não com pensamentos, mas com estudo, conhecimentos que não tinha antes. **Então essa ocupação me fez muito bem**. De 45 alunos, 15 concluíram, desses eu fiquei em 7 lugar, então não foi ruim, foi realmente muito bom.

A vontade de realizar atividades voltadas para a música também é muito significativa, se considerarmos que a música era um valor muito importante para a família e da qual sempre se sentiu excluída por não saber cantar. Os sentidos produzidos nessa vivência representam uma das gêneses da configuração subjetiva de seu mal-estar psíquico. Assim, é interessante que ela pretenda um retorno à música, aprenda a cantar, pois são decisões que vão de encontro a essa configuração subjetiva e indicam um rompimento com os sentidos historicamente configurados, o que torna a escolha por essa atividade ainda mais rica.

Essas atividades, unidas a outras que vêm desenvolvendo em diferentes espaços e momentos da vida social, são fontes de novas produções subjetivas que têm implicações para a saúde, pois agem na configuração subjetiva dominante que está na base de seu mal-estar psíquico. Dessa maneira, o medicamento, no modo em que está configurado em sua produção subjetiva, vai, aos poucos, perdendo o “foco” e sua falta é preenchida por uma mudança no **modo de vida**, tornando-se, cada vez mais, um recurso desnecessário para ela.

Finalizando as construções teóricas tecidas até o momento, apresentamos mais um trecho da conversação, o qual consideramos um dos mais significativos para a pesquisa, no que se refere à construção pessoal de sua experiência no desenvolvimento de sua saúde:

Helena – O meu objetivo quando me propus a tirar o remédio foi me cercar por coisas que me levassem a, quando eu tirasse o remédio, eu não sentisse falta dele. **“Vou criar situações favoráveis que quando eu tirar o remédio, ele não vai fazer falta”**. Aí, procurei a espiritualidade, o exercício físico e os estudos, que **mexem com o cérebro. Já que é psicológico a questão, então tenho que trabalhar esse psicológico, né?** E não só na terapia, porque a terapia uma vez por semana, uma hora... é excelente. Era meu compromisso para sair de casa. **Hoje, a terapia já não tem esse mesmo lugar, é diferente.** Não é que queira sair de casa, a terapia faz parte de um conjunto. Antes, era uma única coisa que melhorava para minha vida. **Hoje, não, eu consegui formar outras coisas em volta de mim que estão melhorando a minha vida.** E uma coisa que eu queria te falar que está acontecendo comigo: eu voltei à minha vida normal, de antigamente, **eu não fico mais parando para ficar questionando, analisando, ela circula naturalmente, flui... (pausa)** Então, por exemplo: eu tenho uma rotina do que preciso fazer, penso nas coisas que vou fazer durante o dia. Se não dá certo, tento outras opções, vai fluindo naturalmente, e vai dando tudo certinho... **É sem dificuldade agora. Fico até boba: não estou acreditando no que está acontecendo.**

A riqueza deste trecho de informação permite conhecer os caminhos de subjetivação orientados para o desenvolvimento de sua saúde e, mais especialmente, como esses caminhos estão articulados a expressões que a definem como **sujeito do seu processo de desenvolvimento**. Criar situações favoráveis e formar outras coisas à sua volta para melhorar sua vida são expressões essenciais da **capacidade geradora** de novas possibilidades de estar no mundo. De acordo com González Rey (2011), o posicionamento da pessoa como sujeito do processo de mudança em seu **modo de vida** é fundamental para o seu desenvolvimento.

A psicoterapia também foi importante no favorecimento da mudança em seu modo de vida ao considerá-la como sujeito do processo de saúde, possibilitando conduzir e assumir a

responsabilidade nos caminhos pelos quais transita e reconhecer sua capacidade de gerar alternativas frente a esse processo. “O se tornar sujeito significa expressar na ação configurações subjetivas singulares, tomar decisões, assumir a responsabilidade individual pela ação” (Gonzalez-Rey, 2007, p. 144). Sob esta realidade, é muito significativo, enquanto psicóloga, perceber que a terapia tenha assumido um lugar diferente em sua vida, para além do espaço do consultório. Concordamos quando ela diz que o “psicológico” não deve ser trabalhado apenas na terapia, mas sim nos espaços sociais que ocupa, fazendo parte de um conjunto de alternativas e caminhos para seu desenvolvimento. Isto implica ser sujeito de seu próprio processo de saúde – e não objeto de um saber especializado - reconhecendo em si os próprios recursos, assim como a capacidade de produzir mudanças favoráveis nesse processo.

Pela processualidade e abertura de sua expressão ao final do trecho, entendemos que essas mudanças estão indissociadas dos novos espaços de produção subjetiva, que repercutem, favoravelmente, em sua saúde. Segundo Gonzalez-Rey (2004, p. 20), “promover saúde é, antes de tudo, educar um modo de vida diferente, no qual as atividades desenvolvidas pelo sujeito estejam comprometidas com seu desenvolvimento e bem estar”.

O posicionamento ativo na promoção de sua saúde está repercutindo, positivamente, em como sente sua vida hoje, a ponto de se surpreender com o que está acontecendo. É uma surpresa ingênua diante da própria capacidade geradora de uma vida mais saudável e mais feliz. A pessoa “sem talento, sem inteligência”, “fraca e insegura”, ainda não consegue conceber a dimensão de sua inteligência, que está na sua capacidade de mudança e no posicionamento ativo em direção a seu bem-estar e seu desenvolvimento pessoal.

Enfrentar as dificuldades de maneira criativa e flexível e poder experimentar a vida, sem as dificuldades que a limitavam, possibilitam que a vida “flua naturalmente”. Durante o curso da pesquisa, por diversas vezes, afirma que se sente muito melhor hoje em função dessas mudanças e, com a diminuição do uso do remédio, sente “a vida mais prazerosa”. A vida

deixa de ser sentida como ameaçadora, com necessidade de “escudo” ou de “anestesia” para seu enfrentamento, ou, ainda, de forma “meia-boca”, para ser vivida com prazer. Esses são **indicadores** de que os caminhos que vem desenvolvendo são **caminhos em direção à saúde**.

21. Minha saúde: anda muito bem. E há quanto tempo não me sentia como estou hoje!

Pesquisadora – Quando você fala “saúde”, no quê pensa?

Helena – No geral, na minha vida, né? Mas principalmente eu dou valor à psicológica, né? À saúde mental mesmo, de você estar podendo fazer tudo.

Finalmente, sobre a síndrome do pânico em sua vida hoje, ela reflete:

Helena – **Há mais de um ano, pensei assim, hoje eu sinto que acabou de vez, sabe? Quando você sente, assim, que cicatrizou uma doença, fisicamente, só ficou a marca assim, mas que... não tem mais? Essa é minha sensação porque eu estou me sentindo muito bem, muito bem.**

Considerações Finais

A partir das análises das informações levantadas, o estudo do desenvolvimento dos processos subjetivos do estudo de caso nos levou às reflexões a seguir:

1) A lógica biomédica centrada na doença, na universalização dos sintomas e na desordem bioquímica do cérebro para explicar o sofrimento psíquico desconsidera aspectos subjetivos, culturais e sociais envolvidos no adoecimento, o que resulta em um estreitamento na compreensão dos processos de saúde e doença. O modelo teórico, organizado a partir do estudo dos sistemas conversacionais e do completamento de frases, nos permitiu representar o transtorno mental como uma configuração subjetiva de sentidos diversos, associados à história de vida, ao contexto atual e à cultura por meio dos quais a pessoa se desenvolve. Partindo deste contexto, foi possível explicar os processos subjetivos que se organizam no desenvolvimento de um transtorno psíquico e avançar na compreensão do transtorno como um sistema em processo, e não uma condição da pessoa.

Compreender a doença e os sintomas em sua organização subjetiva permitiu enxergar muitos elementos relevantes, que ficariam ocultos se nos limitássemos a compreendê-los a partir da lógica biomédica. No caso estudado, emergem sentidos subjetivos hegemônicos muito singulares, associados a seu mal-estar, que sinalizam tanto as fontes do problema como também servem para orientar as possibilidades de mudança. Nesse sentido, a construção teórica como forma de representar o problema favorece a elaboração de estratégias na prática psicoterápica. O processo terapêutico pode, a partir desse recurso teórico, facilitar alternativas que permitam ao indivíduo novas produções subjetivas e provocar reflexões e ações direcionadas a possibilitar novos processos de subjetivação que facilitem a emergência do sujeito no processo terapêutico.

2) A partir das informações e construções do estudo de caso, podemos reconhecer a **emergência do sujeito** enquanto condição ativa para o desenvolvimento da saúde. Analisamos que, nos momentos em que assumiu um posicionamento ativo diante da doença, tal como na vivência do câncer e, principalmente, na síndrome do pânico, houve uma melhora de seu quadro de adoecimento. São momentos em que ela aparece como sujeito que se posiciona frente a seus estados emocionais, possibilitando a emergência de novos sentidos subjetivos na configuração subjetiva da doença e permitindo a geração de novas alternativas frente ao seu sofrimento. Assumir-se como sujeito da doença implica a capacidade da pessoa se posicionar ativamente frente à vida e ao seu processo de adoecimento, gerando novos recursos subjetivos que permitam novos caminhos de vida, os quais terão um efeito na forma de viver a doença.

Para facilitarmos esse processo, é necessário nos afastarmos da concepção de doença como objeto de um conhecimento técnico, em que o profissional especialista ocupa um lugar de detentor de todo o conhecimento diante da pessoa considerada passiva portadora de transtorno mental. Torna-se fundamental que as práticas em saúde reconheçam a capacidade geradora do sujeito para se posicionar ativamente frente à experiência da doença.

Os caminhos que Helena desenvolveu para sua saúde estão intimamente relacionados a uma mudança no **modo de vida**, expressa tanto em relação à diversidade de atividades sociais, que incluem os estudos, a música, exercício físico e o novo trabalho, como em novas produções subjetivas. O referencial teórico, unido ao caso concreto, permitiu ampliar a compreensão da mudança no modo de vida como fator essencial na evolução favorável do adoecimento psíquico e de contribuição à saúde.

O espaço de diálogo criado na psicoterapia foi outro aspecto favorecedor de sua emergência enquanto sujeito do modo de vida. Ela relaciona a “falta de diálogo” que sempre existiu em sua vida com as dificuldades que enfrenta, e a terapia representou esse espaço de

comunicação, ajudando a refletir sobre concepções de vida. O foco na emergência do sujeito, mediante relação dialógica, com vistas à reconfiguração subjetiva do sofrimento mental e aos processos de desenvolvimento subjetivo, teve uma repercussão positiva em sua saúde.

Ressaltamos que o próprio processo da pesquisa se constituiu como espaço interativo de diálogo e possibilitou desdobramentos reflexivos na construção de campos significativos de sua experiência pessoal. Não nos posicionamos na pesquisa como um observador neutro, mas partimos de nossa própria subjetividade, apoiada em um referencial teórico, que permitiu gerar inteligibilidade sobre um tema a partir da experiência singular. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa e a psicoterapia acabaram se constituindo em processos indissociados de produção do saber, gerando novos conhecimentos a respeito dos processos humanos.

3) A medicalização está configurada na condição subjetiva da pessoa que sofre o adoecimento psíquico e na subjetividade social dos processos de saúde e doença nos espaços em que a pessoa está inserida. A configuração subjetiva social da medicalização mostra-se estreitamente articulada a uma compreensão biomédica do sofrimento psíquico. A patologização do sofrimento psíquico, o recurso técnico da medicação para alívio dos sintomas e, especialmente, o anestesiamento e supressão das angústias existenciais são expressões que coadunam com a lógica medicalizante na forma de conceber e enfrentar o sofrimento psíquico. Essas expressões aparecem na configuração individual estudada, repercutindo na maneira como Helena produz, subjetivamente, suas experiências no curso do tratamento. Desse modo, o estudo de caso possibilitou construir, simultaneamente, processos e configurações da subjetividade individual de Helena com processos que caracterizam a subjetividade social da medicalização.

Dentre as expressões da lógica medicalizante que se configuram em sua subjetividade individual, ressaltamos aqui o “controle das emoções”. Ao ignorar os aspectos subjetivos, culturais e sociais envolvidos na base dos sintomas, os problemas da vida passaram a ser

resolvidos com o uso de remédios e substâncias, ao invés de serem compreendidos e enfrentados. O medicamento vivenciado como bloqueador de sintomas e angústias normaliza os conflitos existenciais e mantém os processos produtores de sofrimento intactos e não questionados. Inevitavelmente, essa condição torna o indivíduo ainda mais passivo, pois diminui sua capacidade crítica reflexiva, a disposição para a mudança e anula sua capacidade para gerar alternativas frente a seus estados afetivos dominantes, que são fortes impedimentos para a emergência de novas opções para a saúde.

É importante considerar que, no momento em que participa ativamente da construção do seu processo de saúde ou doença, Helena é capaz de romper com essa lógica biomédica e medicalizante e utiliza os próprios recursos para o desenvolvimento de sua saúde. Esses processos de ruptura caracterizam a processualidade do desenvolvimento individual e social.

4) Na compreensão do caráter subjetivo da medicalização, avançou-se em uma representação do medicamento enquanto produção subjetiva. No curso da pesquisa, foi possível analisar que ele aparece subjetivado em múltiplos sentidos, os quais se integram na experiência do adoecimento. Os próprios adjetivos e analogias que ela utiliza para significar o medicamento expressam a riqueza subjetiva, processual e contraditória que caracteriza essa vivência. Essa construção permitiu gerar visibilidade sobre os processos subjetivos nos quais o medicamento adquire sentido para seu sofrimento psíquico.

Ao aprofundarmos nos sentidos subjetivos associados ao medicamento, emergem sentimentos, relacionados à segurança e dependência subjetiva, de modo hegemônico nessa relação. Analisamos que a importância do remédio para sua saúde mental estava definida não pelos efeitos do remédio em si, mas porque ela gerava sentido sobre o remédio. Sendo assim, rompemos com a lógica biomédica de que o remédio atua na dinâmica psicológica, mas a pessoa define os efeitos do remédio de forma subjetiva.

O valor heurístico do modelo teórico desenvolvido na pesquisa reside na inteligibilidade sobre as formas concretas em que o processo de medicalização repercute na vivência do sujeito. Espera-se que a elaboração teórica auxilie na compreensão da medicalização, enquanto configuração subjetiva social, e do medicamento, como produção subjetiva, buscando superar a lógica biomédica e medicalizante ainda hegemônica nas práticas em saúde mental.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. A. (2004). *Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Annandale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Polity Press.
- Baroni, D. P. M., Vargas, R. F. S., & Caponi, S. N. (2010). Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 70-77.
- Bauman, Z. (2001). Individualidade. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Biehl, J. (2011). *CATKINE... Asylum, Laboratory, Pharmacy, Pharmacist, I and the Cure*": *Pharmaceutical Subjectivity in the Global South*. In J. H. Jenkins (Ed.) *Pharmaceutical Self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. Santa Fe: SAR Press.
- Birman, J. (1999). A psicopatologia na pós-modernidade - As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1), 40-46.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Carvalho, L. F., & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(1), 121-129.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.*, 18(August), 209-232.
- Cordioli, A. V. (2008) *Psicofármacos nos transtornos mentais*. Recuperado de http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Caballo%206_8.pdf
- Dantas, J. B. (2009). Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(3), 563-580. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n3/11.pdf>.
- Danziger, K. (1998). *Constructing the subject: Historical origins of psychological research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface*, 16(40), 21-34. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003.
- González Rey, F. L. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

- González Rey, F. L. (2005a). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2005b). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning.
- González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-modernidade, uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2011). *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- González Rey, F. L. (2012). *O Social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes.
- González Rey, F., & Bizerril, J. (2015). *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151- 161.
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr., K. R. (2009). Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica? *Physis*, 19(3).
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jenkins, J. H. (2011). *Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment*. In J. H. Jenkins. (Ed.). *Pharmaceutical Self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology* (pp.3-16). Santa Fe: SAR Press.
- Le Breton, D. (2011). *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Petrópolis: Vozes.
- Lipovetsky, G. (2007). *A Felicidade Paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Llosa, M. V. (2013). *A Civilização do Espetáculo*. Editora Objetiva. Rio de Janeiro.
- Martínez, A. M. (2014). Um dos desafios da pesquisa qualitativa: a criatividade do pesquisador. In A. M. Martínez, M. Neubern & V. D. Mori. (Orgs.). *Subjetividade Contemporânea -discussões epistemológicas e metodológicas* (pp. 61-85). Campinas: Alínea.
- Martins, A. (2004). Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. *Caderno de Saúde Pública*, 20(4), 950-958.
- Martins, A. L. B. (2008). Biopsiquiatria e bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 331-339.
- Minayo, M. C. S. (1997). Saúde e doença como expressão cultural. In A. Amancio, & A. M. Amancio. (Orgs.). *Saúde, trabalho e formação profissional* (pp. 31-49). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/9tc7r/04>.

Mori, V., & González Rey, F. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 140-152.

Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em estudo*, 8(1), 13-22.

Rossato, M., Martins, L. R. R., & Martinez, A. M. (2014). A construção do cenário social da pesquisa no contexto da Epistemologia Qualitativa. In A. M. Martínez, M. Neubern, & V. D. Mori (Orgs.). *Subjetividade Contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas* (pp. 35-59). Editora Alínea, Campinas, SP.

Rossito, A. R., & Ferrazza, D. A. (2013). Os destinos do desejo e as novas formas de subjetivação. *ECOS: Estudos contemporâneos da subjetividade*, 3(1), 102-114.

Santos, L. N. (2012). *“Para que servem as doenças?”: Contribuições da obra de Georg Groddeck para a superação de impasses da biomedicina*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722001000200007&script=sci_arttext&tlng=pt.

Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Ethnics*, 41(245), 210-214. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/43618673>.

Anexos

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“A medicalização do sofrimento psíquico: uma análise sob a perspectiva da Teoria da Subjetividade”

Instituição da pesquisadora: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Mariana dos Reis Veras

Professor orientador: Fernando Luís Gonzalez Rey

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade), você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é compreender as produções subjetivas associadas ao processo de medicalização.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ter vivência com uso de psicofármacos no tratamento de sofrimento psíquico, o que vem de encontro com a referida pesquisa.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em comparecer a oito encontros, previamente agendados, coordenados pela pesquisadora.
- O procedimento é conversar de forma mais espontânea possível sobre temas considerados relevantes ao estudo, como: saúde e doença, suas alegrias e frustrações,

experiências passadas e atuais. Além disso, será solicitado(a) a completar trinta frases sobre esses temas.

- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- As conversas serão gravadas para coleta de informações.
- A pesquisa será realizada em uma clínica de psicologia privada em Brasília/DF.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui risco mínimo de haver constrangimento em relatar algumas de suas experiências pessoais, por isso medidas preventivas serão tomadas para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
 - Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre os processos da subjetividade individual e social relacionados à medicalização.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pela pesquisadora responsável e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações (fitas, entrevistas, completamento de frases) ficará guardado sob a responsabilidade de Mariana dos Reis Veras com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. É garantido ao participante o acesso aos resultados da pesquisa.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares

ou danosas durante a sua participação no estudo. O participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo, voluntariamente, em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de ____

Participante

Pesquisadora Responsável

Anexo II

Completamento de Frases

1. A vida: pode ser interpretada com dificuldades, facilidades ou alegrias e tristezas
2. Se eu pudesse: faria as mesmas coisas que fiz no passado, porém com outra visão, outro modo de interagir com as pessoas.
3. Atualmente eu: me sinto de alguma forma realizada, mas ainda quero realizar outras coisas.
4. Minha família: é muito boa, mas não me encontro nela, nos sentimentos e amizade.
5. O tempo mais feliz: é quando realizo o que desejo.
6. Sinto dificuldade: de interagir com as pessoas que eu me sinto senão valorizada, me sinto igual às pessoas que dou valor.
7. Meu trabalho: é muito bom. Mas sinto que preciso melhorar meu marketing pessoal.
8. Ter filhos: é bom, quando se consegue criar em um ambiente familiar harmonioso e descontraído.
9. Lamento: é um sentimento pouco sentido por mim.
10. Com frequência sinto: ainda uma tristeza, que, muitas vezes, me freia para a vida, que até me tiraria dela.
11. Meu maior prazer: quando sou amada e quero corresponder.
12. A doença: é como uma lição de vida, um sinal. Trata-la não é só tomando remédios e cuidando-a fisicamente. É preciso mudança de hábitos.
13. No futuro: penso em fazer várias coisas. Mas agora vejo que não penso nas prazerosas.
14. Aprendi: a ter calma, tolerância, e se perdeu ou jamais tive a iniciativa perante as opiniões dos outros. A minha sucumbe.
15. A experiência do câncer: foi boa pra mim, se comparada com a que tive de Síndrome do Pânico.

16. Gostaria: de me sentir livre, como algumas pessoas que conheço. Também sei que muitos buscam.
17. Eu sou: muito passiva, quando deveria expor minhas ideias e concretizá-las, mas não consigo.
18. Minhas maiores alegrias: difícil falar delas.
19. Muitas vezes penso: em morar fora de Brasília ou mesmo ficar tendo uma moradia em outro lugar totalmente fora das proximidades da minha família.
20. Esperam que eu: seja boba e eu muitas vezes acabo sendo.
21. Minha saúde: anda muito bem. E há quanto tempo não me sentia como estou hoje!
22. Meu maior problema: é me libertar do remédio e me sentir livre.
23. Eu me sinto: bem
24. O remédio: sei que sempre foi um paliativo para a minha cura. Mas sempre me senti segura usando-o.
25. Me sinto bem quando: faço exercícios ao ar livre. Caminhar ou andar de bicicleta, ir ao CCBB e conversar.
26. Minhas maiores frustrações: não ser cantora. Não me sentir uma pessoa inteligente.
27. Sofro: pouco hoje. Já sofri muito, pelo meu pensar.
28. Sinto dificuldade: de compreender, preciso que repitam.
29. Eu espero: que me amem.
30. A síndrome do pânico: foi um aprendizado muito sofrido. Não desejo essa doença a ninguém.
31. Farei o possível para: ser responsável no que me proponho.
32. Tenho vontade: de voar, estar livre.
33. O mais importante: é ter a cabeça bem boa.